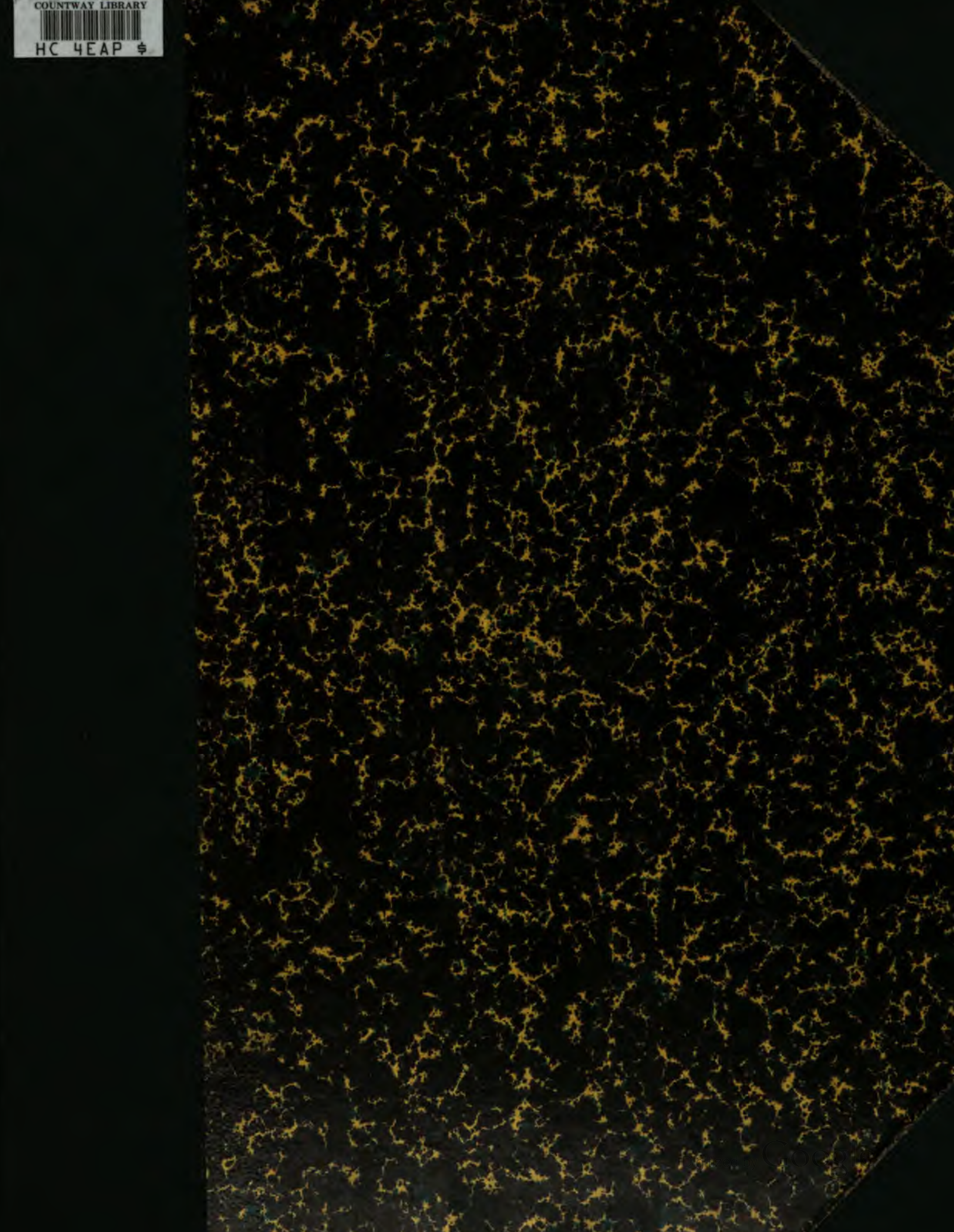
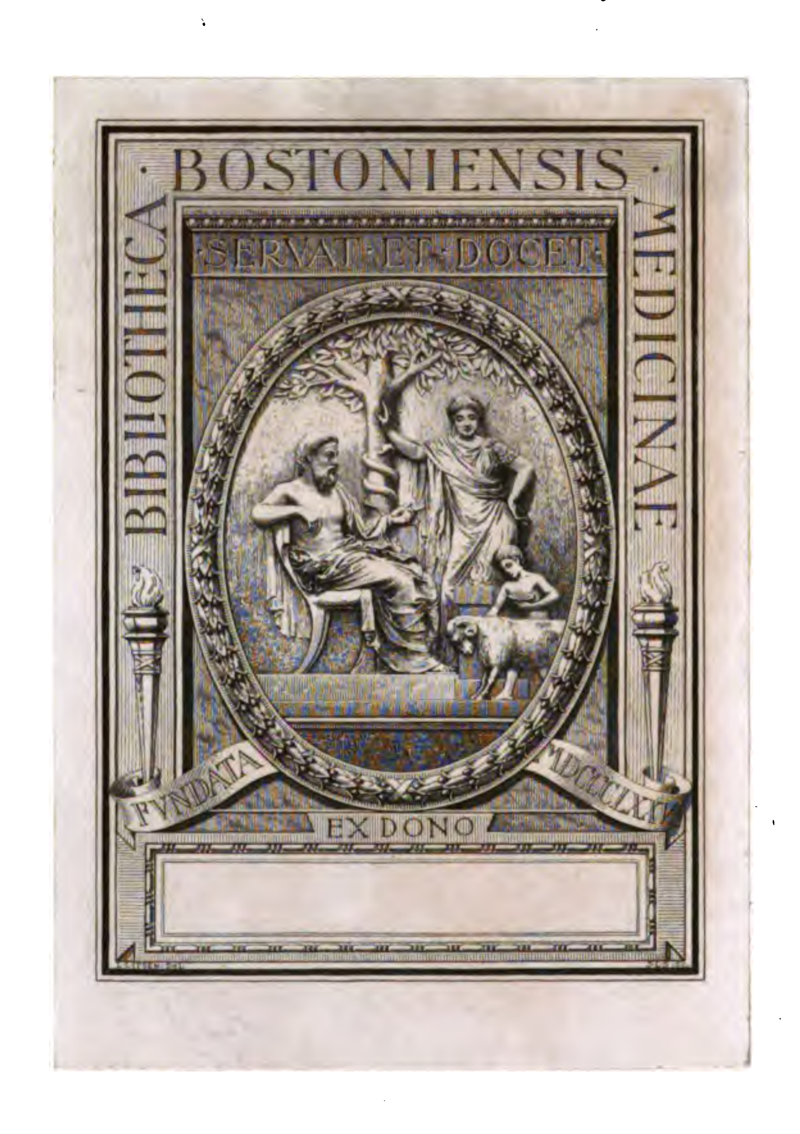
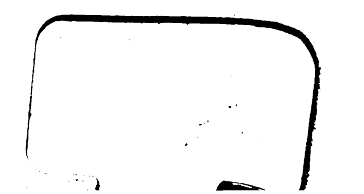

COUNTWAY LIBRARY
HC 4EAP $


BOSTONIENSIS
BIBLIOTHECA
MEDICINAE
SERVAT ET DOCET
FUNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO



ÉCHO MÉDICAL DU NORD

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

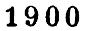
ANNÉE 1900

COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1900 :

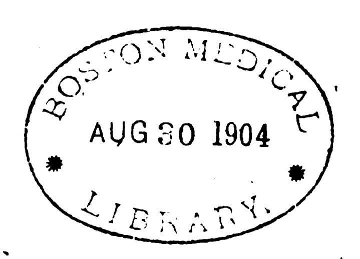
MM. Ausset ; Berthier ; Bertin ; Bourgain ; Bournoville ; Brulant ; Butruille ; Calmette ; Camus ; Caplet ; Carlier ; Carrière ; Castiaux ; Caumartin ; Combemale ; Curmer ; Deléarde ; Deroide ; Dorion ; Desoil ; Drucbert ; Dubar (L.) ; Dubar (d'Armentières) ; Duvivier ; Fage ; Folet ; Gaudier ; Gelé ; Guérin ; Huriez ; Ingelrans ; Jacquey ; Kéraval ; Lambret ; Laguesse ; Lamotte ; De Lapersonne ; Laugier ; Le Fort ; Leuridan ; Manouvriez ; Mariau ; Moty ; Oui ; Painblan ; Patoir ; Petit ; Potel ; Raviart ; Surmont ; Trétrôp ; Vanhersecke ; Vanverts ; Verdun ; Verhaeghe.

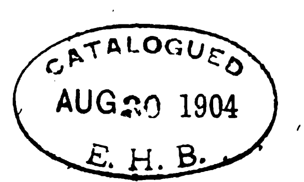


LILLE
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE LE BIGOT FRÈRES
Rue Nationale, 68, et rue Nicolas-Leblanc, 25.



1900


BOSTON MEDICAL
AUG 30 1904
LIBRARY.


CATALOGUED
AUG 30 1904
E. H. B.

N° 156. Quatrième Année, N° 1. Le Numéro : **10** centimes. 7 Janvier 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

La Rédaction

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1900

ABONNEMENTS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1900, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste, en y ajoutant 0 fr. 45 pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur le traitement des calculs de la vessie chez l'enfant. — Les avantages de la lithotritie.

par M. le Dr **V. Carlier**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

J'ai eu l'occasion d'opérer et de guérir vingt-et-un enfants atteints de calculs de la vessie. J'ai employé chez eux différents modes de traitement, et si j'en entretiens les lecteurs de l'*Echo*, c'est que les chirurgiens, du moins en France, discutent encore sur le meilleur mode de traitement des calculs vésicaux dans le jeune âge. Si la plupart semblent avoir renoncé à la taille périnéale, dont la vogue fut jadis si grande, et manifestent leurs préférences en faveur de la taille sus-pubienne, il en est peu qui se déclarent partisans de la lithotritie chez l'enfant, bien que les avantages de cette opération soient considérables et ses résultats si brillants. C'est cependant entre la lithotritie et la taille hypogastrique, surtout avec suture totale consécutive de la vessie, que doit se circonscrire le débat.

Taille hypogastrique avec drainage. — J'ai eu recours dans neuf de mes cas à la **taille hypogastrique**. Chez cinq petits malades j'ai fait un drainage consécutif sus-pubien avec le double tube de GUYON-PÉRIER, chez les quatre autres j'ai refermé immédiatement la vessie par une suture totale de la plaie vésicale.

Les opérés soumis au drainage sus-pubien de la vessie ont été guéris après une moyenne de quinze à vingt jours, mais le drainage a le gros inconvénient d'exiger une surveillance particulière de l'enfant qui supporte ordinairement mal la présence des tubes-syphons. En outre lorsqu'on enlève les tubes, le fonctionnement de la sonde urétrale laisse beaucoup à désirer dans les quelques jours qui suivent, ce qui nécessite le renouvellement deux ou trois fois par jour du pansement souillé par l'urine. Dans mes cinq

observations, les tubes ont été enlevés du troisième au cinquième jour, suivant l'état de la vessie.

Taille hypogastrique avec suture totale de la vessie. — Chez les quatre autres calculeux cystotomisés, j'ai pratiqué une suture totale de la plaie vésicale.

La plaie abdominale a été ensuite suturée dans sa presque totalité, me contentant de laisser à la partie inférieure de la plaie un étroit orifice pour un petit drain de sûreté. Une sonde de DE PEZZER ou de MALÉCOT fut mise à demeure dans l'urètre.

Ces quatre enfants ont guéri sans le moindre incident en l'espace de sept à neuf jours. J'ai toujours laissé pendant une semaine entière la sonde à demeure qui a été parfaitement tolérée.

J'ai employé comme mode de suture de la plaie vésicale un premier plan au catgut et un second plan à la soie fine. J'ai toujours rencontré une grande facilité dans l'exécution de cette suture; je recommande dans ce but de faire l'incision vésicale le plus haut possible, de façon à n'avoir pas à manœuvrer l'aiguille dans le voisinage du col, c'est-à-dire derrière la symphyse du pubis. J'ai apporté tous mes soins à bien suturer les deux angles de la plaie, détail de technique que je considère comme très important pour la solidité de la suture.

J'ai toujours fait deux plans de suture à la paroi abdominale ; un premier plan au catgut comprenant l'aponévrose et les muscles droits abdominaux ; un second plan au crin de Florence comprenant l'aponévrose et la peau. Les deux plans anatomiques sont de la sorte rendus solidaires, ce qui serait important dans le cas où l'imperfection de la suture vésicale permettrait à l'urine de filtrer par la plaie et de souiller le pansement.

J'ai retiré le petit drain de sûreté vers le troisième ou le quatrième jour ; je l'ai toujours mis très court, de façon qu'il ne soit pas au contact de la suture de la vessie. Deux fois, au cours de l'opération, j'avais mis un crin d'attente à l'angle inférieur de la plaie abdominale, dans l'intention de refermer complètement la plaie lors de l'enlèvement du drain. Mais la prudence m'a fait renoncer à cette occlusion complète de la plaie.

Ainsi faite, la suture totale de la plaie vésicale ne demande pas plus de surveillance que lorsqu'on a recours au drainage sus-pubien. Ses avantages sont réels : rapidité de la guérison, solidité plus grande de la paroi abdominale, apparence insignifiante de la cicatrice, ce dernier argument pouvant avoir son importance chez les petites filles. Pour toutes ces raisons, je crois qu'il ne faut pas hésiter à faire toujours la suture complète de la plaie de la vessie lorsqu'on s'est décidé à cystotomiser un jeune calculeux. Je ne trouve à cette manière de faire qu'une contre-indication, l'étroitesse particulière du canal, qui ne permettrait pas le passage et à plus forte raison le séjour d'une sonde.

Quant à la cystite antérieure, qui implique une infection de la plaie, tant par elle-même que par son contact avec le calcul lors de son extraction, je ne la crois pas de nature à s'opposer à la réunion primitive de la plaie vésicale. J'ai opéré un enfant dans ces conditions, et le résultat a été très satisfaisant. J'avais pris la précaution de désinfecter soigneusement à l'acide phénique, avant de faire les sutures, la plaie de la vessie et j'ai eu soin de ne pas traverser avec les catguts toute l'épaisseur de la paroi vésicale, de façon à ce que, la suture terminée, les fils ne soient pas apparents à l'intérieur de la vessie. D'ailleurs lorsque, chez l'adulte, on incise une vessie infectée et qu'on a consécutivement recours au drainage, il est d'usage courant de suturer partiellement la vessie, or ces sutures tiennent ordinairement très bien.

Je crois possible de retirer la sonde à demeure beaucoup plus tôt que je l'ai fait. Cela dépend de la tolérance du canal et du bon ou mauvais fonctionnement de la sonde. Lorsqu'il y tolérance de l'urètre et que la sonde fonctionne bien, étant donné que l'enfant est condamné pour huit ou dix jours au décubitus dorsal, une sonde à demeure bien surveillée est une grande sécurité pour le chirurgien.

J'arrive maintenant à l'étude de mes douze cas de lithotritie.

Lithotritie chez l'enfant. — Onze de mes opérés ont guéri sans incident, le douzième a présenté quelques accidents qui ont retardé la guérison et sur lesquels je reviendrai plus loin.

Ses avantages. — Je crois inutile d'insister sur les avantages de la lithotritie; c'est une opération simple, rapide, qui agit par les voies naturelles, qui ne fait pas de plaie, maintient le cours ordinaire des urines, qui enfin débarrasse et guérit le malade en peu de temps. Mais il faut bien admettre qu'on lui reconnaît, chez l'enfant, de gros inconvénients qui tiennent sur-

tout à l'étroitesse de l'urètre et à l'hyperexcitabilité de la muqueuse du canal et de la vessie. Quant aux contre-indications vraies, elles résultent principalement de la dureté et surtout du volume de la pierre.

Il ne me paraît pas possible de fixer les limites de la lithotritie chez l'enfant en prenant pour base les dimensions de la pierre, cela dépend en effet du plus ou moins de dilatabilité du canal du sujet et encore, non seulement du volume, mais surtout de la forme du calcul.

Calibre du canal. — Abstraction faite du méat, qu'il faut souvent inciser, l'urètre des jeunes enfants supporte en général assez bien la dilatation, quand celle-ci est nécessaire. La plupart des chirurgiens délaissent cependant de parti pris cette dilatation préalable ; elle peut être, en effet, une cause d'infection des voies urinaires inférieures, et elle impatiente et irrite les jeunes calculeux pour qui la visite du chirurgien devient dès lors une cause d'effroi. De Saint-Germain l'avait cependant beaucoup prônée autrefois et disait être arrivé par ce moyen à d'excellents résultats. J'y ai eu recours moi-même dans trois cas où le calcul était gros, inutilement toutefois dans un de ces cas où la forme arrondie et le volume de la pierre me forcèrent à pratiquer une taille sus-pubienne.

Choix du lithotriteur. — Il est indispensable que le lithotriteur parcoure aussi aisément l'urètre de l'enfant que celui d'un adulte. L'étroitesse du canal relativement au volume du calcul pourrait inciter un débutant à bénéficier des limites extrêmes de la dilatation de l'urètre pour y introduire le plus gros lithotriteur possible. Ce serait une faute, car rien ne peut faire prévoir que les mors du lithotriteur ne seront pas un peu encrassés lorsque, le broiement achevé, il faudra retirer l'instrument.

Il faut donc toujours choisir un numéro qui soit facilement admis par l'urètre du jeune opéré, de façon à n'éprouver aucune surprise lors du retrait du lithotriteur. Cette même raison doit engager à vérifier la situation de la bague de l'instrument. Cette bague peut se dévisser en partie au cours de l'opération si son pas de vis est un peu lâche, d'où l'impossibilité de faire s'affronter exactement les deux mors de l'instrument. J'ai eu cette surprise désagréable chez un enfant de neuf ans que je lithotritiais en présence de mes élèves. Mon attention ayant été un peu déviée par les détails que je leur donnais sur le manuel opératoire de la lithotritie, je ne m'aperçus point du dévissage incomplet de la bague et j'eus grand'peine à opérer le retrait de mon lithotriteur. L'urètre fut légèrement éraillé par les débris de calcul compris entre les mors, et il s'ensuivit un petit abcès périurétral au niveau de l'angle péno-scrotal du canal. C'est cet accident auquel j'ai fait allusion plus haut, je n'en ai pas eu d'autre.

J'ai dit que le volume ou la dureté de la pierre peuvent constituer une contre-indication à la lithotritie.

Dureté du calcul. — Grâce à l'extrême solidité de nos lithotriteurs français, je crois que la dureté du calcul sera rarement un obstacle à la lithotritie. J'ai broyé chez un jeune homme de dix-huit ans une pierre oxalique volumineuse avec le lithotriteur à mors fenêtrés n° 1. Étant donné que tout était préparé pour une taille sus-pubienne en cas d'impossibilité de broiement, au risque de briser ou de fausser mon instrument, j'ai déployé une force musculaire considérable, et le lithotriteur est sorti indemne de cette épreuve.

Volume et forme du calcul. — Je crois qu'il faut prendre en considération bien plus le volume et surtout la forme du calcul que sa dureté. Un calcul un peu dur et tout à fait sphérique, ne mesurât-il que trois centimètres, peut s'opposer à une bonne prise qui le briserait ; il ne se laissera pas saisir et s'échappera des mors de l'instrument au moindre tour de volant, comme s'échappe un noyau de cerise mal saisi entre deux doigts. Au contraire, un calcul en forme de galet, se laissera prendre par son petit diamètre et pourra être broyé, son grand diamètre eût-il plus de trois centimètres Si donc le volume de la pierre a de l'importance, sa forme en a tout autant.

Nombre des calculs. — Quant au nombre des calculs, il peut ne pas constituer une contre-indication à la lithotritie. Il est même préférable de rencontrer deux calculs d'un moyen volume qu'une seule pierre volumineuse ; le broiement sera possible dans le premier cas et pourrait ne pas l'être dans le second. J'ai lithotritié tout récemment un jeune adolescent dont la vessie contenait deux calculs, dont l'un mesurait trois centimètres et l'autre deux centimètres et demi. Bien que l'urèthre de cet opéré n'admît qu'un lithotriteur numéro 0, le broiement fut facile et eut lieu en une seule séance de douze minutes. D'ailleurs, il faut reconnaître que les calculs sont rarement multiples

chez l'enfant, et que la multiplicité des calculs est en raison inverse de leur volume.

Anesthésie. — La grande sensibilité de l'urèthre et de la vessie chez l'enfant ne peut s'accommoder d'une chloroformisation imparfaite ; il est nécessaire de pousser le chloroforme jusqu'à la troisième période. Cette recommandation est essentielle pendant toute la durée du broiement, elle le devient surtout au moment où, le broiement achevé, le chirurgien va retirer le lithotriteur, pour le remplacer par la sonde métallique qui permettra le lavage et l'aspiration. Le retrait du lithotriteur peut, en effet, provoquer des contractions vésicales qui chasseraient les fragments dans le canal, ce qui rendrait difficile, sinon impossible, l'introduction de la sonde évacuatrice. On aura d'autant moins à craindre cet accident que le broiement aura été plus complet et la chloroformisation plus profonde.

Il m'a semblé préférable d'injecter peu de liquide dans la vessie pour faire le broiement. On éveille moins ainsi la contractilité vésicale ; d'autre part, comme l'absence de prostate chez l'enfant fait qu'il n'y a pas chez lui le moindre bas-fond vésical qui puisse, comme chez l'adulte, servir de lit à la pierre ou à ses fragments, moins on introduit de liquide dans la vessie et plus on limite le champ de recherches de la pierre avec le lithotriteur.

Deux fois j'ai dû aller saisir la pierre à la partie supérieure du réservoir urinaire ; dans ces deux cas les calculs étaient de moyen volume.

Aspiration des fragments. — Le broiement effectué, l'aspiration des fragments doit être faite avec le plus grand soin.

Comme on ne peut employer qu'une sonde évacuatrice en métal d'un assez faible calibre, le plus souvent un numéro 16 de la filière Collin, on ne produit pas dans la vessie de l'enfant, lors des pressions sur la poire de l'aspirateur, le même remous que dans une vessie d'adulte. D'autre part, le faible calibre de la sonde évacuatrice ne permettant pas le passage de fragments un peu gros, il est indispensable que le broiement soit parfaitement effectué. Cela met à l'abri de l'engagement possible d'un fragment dans l'urèthre. En outre chez les petits malades non infectés et chez lesquels la lithotritie s'est effectuée sans incident, une évacuation complète des fragments permet au chirurgien de ne pas recourir à l'emploi ultérieur de la sonde à demeure qui est souvent mal tolérée par les enfants.

Absence de récidive. — Aucun de mes douze petits calculeux opérés par la lithotritie n'a présenté de récidive. Quelques-uns sont opérés depuis plus cinq ans, ce qui constitue un délai suffisant pour les croire définitivement guéris.

Conclusions. — Je conclus en disant qu'en présence d'un calcul de la vessie chez l'enfant, on ne doit songer qu'à deux méthodes de traitement : la lithotritie ou la taille hypogastrique avec suture totale de la plaie vésicale et suture à peu près complète de la paroi abdominale. La lithotritie a le seul tort d'exiger une main exercée, mais c'est la méthode de choix pour le traitement des calculs vésicaux chez l'enfant comme chez l'adulte.

La peste à Lille

Par M. le Docteur **Caplet**, de Chauny (Aisne)

Depuis deux cents ans, la peste a disparu de nos contrées, et son souvenir est sorti de la mémoire populaire. Nous allons essayer de reconstituer la physionomie de la ville quand le *fléau de la pestilence* s'abattait sur elle.

Dès que la peste était signalée dans une ville voisine, le Magistrat prenait des mesures de précautions et tout d'abord interdisait les communications avec la ville infectée. Le cordon sanitaire était plus ou moins sévère. Tantôt on défendait absolument toute communication, d'autres fois on exigeait seulement un certificat, attestant que le voyageur qui se présentait n'avait pas eu de rapports avec les pestiférés.

On conçoit les entraves apportées aux transactions commerciales par l'établissement de ces interdits. Aussi, lorsque parfois la peste était une reviviscence sur place de germes mal éteints, on voyait le Magistrat s'efforcer de dissimuler la fâcheuse nouvelle aussi longtemps que possible. Quand le mal devenait indéniable on se décidait à prendre les mesures commandées par les circonstances.

La fermeture des lieux publics, notamment des écoles, et des *étuves* était une des premières prescriptions édictées. Immédiatement aussi les fripiers, les *vieswariers*, comme on les appelait, voyaient leurs échoppes surveillées et même fermées. Les marchés étaient soumis à une réglementation étroite. Il était

interdit d'y apporter certaines denrées réputées dangereuses pour la santé publique, les fruits notamment. Bon nombre d'industriels étaient contraints de cesser leur travail, les tanneurs par exemple, à cause des odeurs que répandent leurs produits. Les bouchers et les *trippiers* étaient également réglementés. On défendait aux habitants de garder chez eux des animaux de basse-cour. On faisait brûler dans les rues des parfums variés, des bois aromatiques, de la poudre à canon pour chasser la corruption de l'air.

Enfin, dans un autre ordre d'idées, une procession générale de toutes les paroisses de la ville était ordonnée pour obtenir du Ciel qu'il écarte le fléau.

⁂

D'autres mesures s'appliquaient plus exactement aux cas de peste constatés. Tout cas suspect devait être obligatoirement déclaré par les parents du malade ou par le médecin qui le soignait. A leur défaut les tiers devaient se porter dénonciateurs et l'on stimulait leur zèle en leur accordant des primes. Il existait de plus un employé municipal, chargé de rechercher les cas suspects : on l'appelait le *commis a escouter et à faire sçavoir les morts et les malades*. C'était son titre officiel. Il recevait parfois un nom plus bref et plus expressif. Les Lillois l'appelaient *Cache-à-mort*. Les suspects étaient examinés par un médecin, commis à cet effet. Quand ils étaient trouvés *mauvais*, on les isolait étroitement.

Ceux qui possédaient des ressources suffisantes pouvaient se faire soigner chez eux, mais c'était au prix d'une réclusion sévère pour eux et pour leurs parents. Il était défendu, à ceux qui les approchaient, d'avoir aucun rapport avec les personnes saines. Ils devaient annoncer de loin leur présence dans les rues, en portant « une verghe blanche, en la main, non moindre de trois ou quatre pieds de long, la tenant droite, en sorte que l'on puisse voir le bout par dessus leur chef. » Il leur était défendu d'entrer dans les églises, d'aller au marché, leurs provisions de bouche devant leur être apportées par leurs voisins. L'autorisation d'aller se promener, de « prendre leur rafraîchissement d'air sur les remparts » ne leur est accordée qu'à des heures et en des endroits déterminés. Enfin les maisons qui abritaient des pestiférés étaient signalées aux passants par des *barres* de bois que le Magistrat y faisait apposer.

Les pestiférés indigents étaient contraints de se faire soigner dans un lazaret que l'on dénommait le *Lieu de Santé du Riez de Canteleu*. Ce lazaret, sorte d'hôpital temporaire situé aux portes de la ville près de la route de Dunkerque, était composé de maisonnettes isolées, appelées *hobettes*, les unes en maçonnerie, bâties en bois, *hâtivement et à la légère*, quand les premières devenaient insuffisantes. Outre les pestiférés il y avait au Riez un personnel médical et administratif nombreux qui participait à l'isolement imposé aux contagieux. Au Riez également les pestiférés convalescents restaient pendant six semaines pour *purger leur infection*.

Souvent même il arriva que les hôpitaux de la ville, fondés pour secourir d'autres misères, durent recevoir les pestiférés que le Riez de Canteleu ne pouvait plus contenir tous.

⁂

Les médecins qui avaient soigné un pestiféré étaient déclarés d'infection et isolés selon la règle commune. Aussi nommait-on des médecins et des chirurgiens *pestiférés* qui avaient la mission de soigner les contagieux. Fonctionnaires de la commune, ils étaient payés par elle pour soigner les indigents, mais avaient l'autorisation de se faire honorer par les clients fortunés. Les médecins pestiférés portaient un costume spécial qui permettait de les reconnaître et de les fuir..... tant qu'on était bien portant. C'était tantôt un *escarpulaire rouge* qu'ils devaient porter *autour de eux*, tantôt un grand manteau de drap rouge qui les habillait entièrement. Ce costume leur était du reste payé par la ville.

Au VIIe siècle, les épidémies devinrent si fréquentes, que l'on dut créer un rouage administratif nouveau : les *Huicts Hommes commis à la Chambre de santé* dont les fonctions rappelaient de fort près celles dévolues à notre moderne bureau municipal d'hygiène. La Chambre de santé avait sous son autorité de nombreux fonctionnaires, entre autres les *airieurs* qui avaient la charge de *parfumer* les habitations contaminées.

Le *parfum*, — c'était la désinfection d'alors, — se faisait suivant des règles précises. Tout d'abord on faisait un nettoyage complet du local infecté, on étendait les vêtements et les objets de literie sur des cordes, on ouvrait les armoires et les coffres ; puis, les portes et les fenêtres étant closes hermétiquement, on allumait des brasiers contenant du soufre, de

l'encens, de la poix, du camphre, etc. Ces fumigations étaient continuées trois heures durant. Puis l'on *tapait barre* à la maison. Après une quarantaine de six semaines, la maison était rendue à la libre pratique.

***

Les ravages causés par la Peste bubonique furent considérables, dans toute la région, jusqu'au XVIIe siècle. A Lille même, l'épidémie de 1617-1618 fit 7,000 victimes pour une population de 36,000 habitants. On comprend, en lisant ces chiffres, les terreurs folles qui s'emparaient des populations malgré les efforts faits par les autorités pour cacher l'étendue du désastre. On avait beau défendre de porter le deuil des pestiférés, interdire « les convois solennels des personnes terminées de la contagion.. à cause des grands inconvénients qui sont jà arrivez ». — Comment cacher au public la gravité du mal, lorsque 700 personnes mouraient de la peste en un mois, comme cela se produisit à Lille, en novembre 1667 !

Nous ne reverrons probablement jamais semblables calamités ; mais si elles doivent nous menacer un jour, souhaitons chez nos édiles même zèle et même vigilance que chez leurs devanciers, « bien sçachant que le plus expedict est au commenchement y pourveoir par reglement et bonne police »,

---

Note sur un cas d'intoxication par la spartéine chez un brightique

Par **E. Petit**, externe suppléant des hôpitaux.

Le rein étant le principal émonctoire des poisons, des toxines, et, d'une façon générale, de tous les déchets de l'économie, on se rend compte aisément que toute affection rénale ayant pour effet de diminuer la perméabilité de l'organe, aura pour résultat immédiat d'amener dans l'économie l'accumulation des toxines non éliminées par insuffisance du filtre ; c'est précisément, on le sait, cette loi de physiologie pathologique qui est la base du traitement des brightiques.

Nous sommes ici en présence d'une relation de cause à effet : la source principale des toxines introduites dans l'organisme étant l'alimentation, il convient d'abord de donner aux malades atteints de mal de Bright une alimentation qui réduise au minimum possible la quantité de toxines ; cette indication clinique est remplie par un régime lacté indéfiniment prolongé. Il convient en second lieu de s'abstenir de tout médicament, à moins d'indication spéciale ; en ce cas l'administration du médicament doit toujours être de courte durée, surtout s'il s'agit de médicaments solubles, le rein du brightique étant particulièrement prédisposé aux phénomènes congestifs.

Le brightique est donc en équilibre instable ; aussi toute inobservance de l'une ou l'autre loi expose le malade à des accidents d'urémie ou d'intoxication : d'une part le moindre écart de régime amène une hyperproduction de toxines et peut être le point de départ d'accidents urémiques ; d'autre part, non seulement le rein élimine incomplètement l'alcaloïde absorbé, mais en raison de sa susceptibilité particulière, il devient très facilement le siège de phénomènes inflammatoires.

Il se fait là une sorte de glomérulite toxique ayant pour effet de fermer complètement le rein et d'amener la rétention des matières extractives, élaborées normalement dans l'économie. Il peut donc se produire à la fois, et une intoxication médicamenteuse et des phénomènes d'urémie liés à un processus rénal aigu.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Combemale un exemple manifeste de cette double action du médicament, à la fois intoxicante et urémisante.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, présentant depuis cinq mois les symptômes francs du mal de Bright, avec albuminurie intense — 5 à 6 gr. par litre. — Grâce à un régime lacté absolu, on arrive à rétablir à grand peine l'équilibre rénal ; nous disons à grand peine car dès que le malade se relâche tant soit peu de ce régime, en absorbant par exemple un œuf ou un peu de pain, aussitôt les urines diminuent, prennent une teinte rougeâtre et de signes de petite urémie surviennent.

En octobre dernier, des phénomènes d'hypotension artérielle avec tendance à la syncope nécessitent l'emploi de la spartéine à la faible dose de 0 gr. 05 ctgr. par jour.

Au bout de quelques jours ces troubles circulatoires disparaissent, mais on omet de supprimer le médicament que le malade continue à prendre pendant vingt-et-un jours, lorsqu'éclatent des accidents aigus qui attirent l'attention à la visite : les urines sont rares, franchement teintées de sang et devenues à nouveau très albumineuses ; l'examen microscopique dénote des cylindres hyalins. Outre les phénomènes

habituels de l'urémie, céphalée intense, vomissements, cryesthésie, œdèmes périphérique et pulmonaire, notre malade présente aussi des signes manifestes d'intoxication médicamenteuse ; la face est congestionnée, les pommettes rouges, bien que froides au toucher ; le thorax est le siège d'un léger urticaire, la gorge est sèche, la muqueuse buccale, luisante, présente de la stomatite ou plutôt de la gingivite sous forme de petites plaques blanchâtres, opalescentes, semblables aux plaques de muguet (l'examen bactériologique éloigne toute confusion avec le « saccharomyces albicans).

Pourtant le régime lacté a été scrupuleusement observé ; on ne peut donc comme précédemment rattacher ces accidents à un écart de régime ; seul l'usage trop prolongé du sulfate de spartéine peut expliquer cet épisode aigu et toute cette gamme d'accidents, car on ne peut admettre entre autres choses que l'urticaire et la stomatite observés soient des manifestations normales de l'urémie. D'ailleurs il suffit de supprimer le médicament, pour voir dans quelques jours tout rentrer dans l'ordre.

Nous terminerons la relation de ce fait clinique, par l'exposé sommaire de cette observation qui nous a paru intéressante, au double point de vue de la concomitance observée des phénomènes d'urémie et d'intoxication médicamenteuse.

Ajoutons que malgré des recherches minutieuses et étendues, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale, pas plus dans les ouvrages classiques que dans les périodiques ou publications spéciales, mention d'aucun cas d'intoxication par la spartéine. L'intérêt de cette observation augmente encore de ce fait.

Nous tenons à remercier notre maître, M. le Professeur Combemale, qui a bien voulu nous aider dans ces recherches bibliographiques, dont nous sommes revenus bredouille.

Observation. — Joseph M..., 35 ans, marié, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Professeur Combemale, le 29 juillet 1899, au n° 1 de la salle Ste-Madeleine.

Antécédents héréditaires : Mère morte à 61 ans, probablement de trombose cérébrale ; père bien portant, âgé de 59 ans. Un frère et trois sœurs bien portants.

Antécédents personnels : Aucune maladie de l'enfance, ni de l'adolescence. N'est pas vénérien. A des habitudes alcooliques

Evolution de la maladie : En juillet dernier, le malade s'aperçoit, sur la remarque de ses compagnons de travail, qu'il a la figure enflée : En deux jours de temps cet œdème se généralise à tout le corps, principalement aux bourses et aux jambes. Ce début de la maladie a été précédé par une période prodromique d'environ un mois, marquée par des symptômes vagues : perte de forces ; troubles de la digestion ; inappétence, nausées après le repas, vertiges, céphalée, insomnie.

A son entrée à l'hôpital, les symptômes du mal de Bright sont devenus évidents : œdème périphérique généralisé, râles d'œdème pulmonaire, céphalée légère, sensation de doigt mort, cryesthésie, secousses électriques, bourdonnements d'oreilles ; bouffissure de la face, pâleur caractéristique, les urines recèlent alors 6 gr. d'albumine ; elles sont peu abondantes.

Traitement : Régime lacté absolu, drainage des œdèmes, saignées, ventouses scarifiées dans la région lombaire. Au bout de quelques jours, amélioration très sensible, l'œdème n'est plus que localisé aux membres inférieurs, la céphalée a disparu ; la quantité d'albumine éliminée tombe à 3 gr., puis à 1 gr.

A de certains moments le malade essaie de quitter son régime, prend un œuf, du bouillon et du pain, mais le taux de l'albumine s'élève aussitôt. Les urines se raréfient et deviennent rougeâtres, les œdèmes augmentent avec céphalée et bouffissure des paupières ; force est de rétablir le régime lacté pour que tout rentre dans l'ordre.

Le 12 octobre, des symptômes de myocardite avec hypotension artérielle nécessitent l'emploi d'un tonique cardiaque. On formule une potion avec 0,05 de spartéine. Les troubles de la circulation s'atténuent.

Le 3 novembre, 21 jours après la prise quotidienne et régulière de la spartéine, les phénomènes d'urémie et d'intoxication éclatent : syncope, céphalée gravative tellement intense, que des craintes de méningisme sont manifestées dans l'entourage, et que pendant plusieurs jours un sac de glace est installé sur la tête ; insomnie, vomissements fréquents et pénibles, œdème généralisé de nouveau ; oligurie, urines sanglantes, l'examen microscopique révèle des globules rouges et des cylindres hyalins. Face œdématiée et congestionnée, mais froide ; urticaire, bouche sèche et luisante, stomatite.

On supprime le médicament. En moins de six jours les urines sont redevenues claires ; la céphalée, les vomissements ont disparu ; l'œdème de la face n'existe plus, la dose par litre d'albumine évaluée au tube d'Esbach est de 1 gr. par litre.

Etat actuel satisfaisant.

Un cas de toux hystérique,

Par M. **Bournoville**, Interne des Hôpitaux.

La toux hystérique a été signalée par Sydenham, en 1680, bien étudiée par Lasègue, en 1856 ; sans être absolument rare, elle est une des manifestations les moins fréquentes de l'hystérie. Nous avons eu le bonheur d'en observer un cas dans le service de cli-

nique médicale de la Charité, et il nous a paru intéressant de le publier pour le mettre au nombre de ceux déjà observés jusqu'à ce jour. C'est à ce titre que nous donnons l'observation ci-dessous, sans prétendre ajouter du neuf à la description magistrale de Lasègue.

Amélie X..., est une jeune fille de 20 ans, qui entre dans le service parce qu'elle tousse.

Ses antécédents héréditaires sont nuls, à part un peu de nervosisme maternel.

Elle-même n'avait jamais été malade avant ces ces deux dernières années, pendant lesquelles elle présenta les manifestations non équivoques de l'hystérie ; elle arriva d'ailleurs avec son diagnostic d'hystérie tout fait, se défendant bien d'avoir pour certaines passions l'amour exagéré qu'un préjugé du peuple prête à cet état pathologique. Son cas est, en effet, typique, on s'en convaincra par l'énumération rapide des symptômes qu'elle présente : clou hystérique, yeux brillants, abolition des réflexes cornéen et pharyngien, zones hystérogènes, plaques d'anesthésie, rétrécissement concentrique du champ visuel, ovarie déterminée par la pression qui provoque une crise, et enfin, crises quotidiennes précédées d'aura avec convulsions toniques et clowniques.

Mais, c'est sur la toux que la malade appelle notre attention ; voilà près d'un an qu'elle en est affectée sans avoir jamais constaté une amélioration, même passagère, de son état, malgré les consultations demandées à plusieurs médecins et à des empiriques, malgré les diverses médications auxquelles elle s'est soumise.

Nous commençons donc l'examen de la malade par l'appareil cardio-pulmonaire sans y rien trouver de particulier. L'appareil digestif fonctionne bien, les reins sont normaux ; l'appareil génital, lui aussi, semble intact.

Devant le peu de renseignements fournis par l'examen somatique, nous étudions cette toux de plus près et nous apprenons qu'elle est apparue brusquement à la suite d'un mécontentement. Elle est précédée d'un chatouillement laryngé et se compose de trois ou quatre expirations successives, deux sans angoisse respiratoire, une au timbre rauque ; ces deux derniers caractères de timbre et de rythme ne se sont pas modifiés depuis le début de la toux, ni pendant le temps passé par la malade à l'hôpital. Il n'y a pas d'expectoration.

Les effets de toux sont séparés par de longs intervalles, pendant lesquels la respiration est normale ; ils sont diminués dans leur fréquence, sinon suspendus quelquefois pendant la durée de la visite, la menstruation ne les influence pas, mais le sommeil les fait cesser complètement : « cette suppression durant le sommeil est, d'après Lasègue, assez constante pour avoir une signification diagnostique. »

L'état général reste bon malgré cette toux opiniâtre et des crises quotidiennes répétées ; c'est que la malade s'alimente bien et ne vomit pas.

Tous ces caractères nous conduisent à penser que cette toux est d'origine hystérique. Notre malade est incontestablement une hystérique ; son sexe, son âge, les différents caractères dont nous venons de donner la relation et l'impossibilité de l'expliquer autrement, nous autorisent à conclure à cette origine.

Nos investigations du côté de la bouche et de l'estomac, restées sans résultat, ne permettent pas d'en faire « une toux dentaire », ni une « toux gastrique », que Peter n'admet que chez les phtisiques.

Nous ne pouvons pas davantage incriminer le froid qui faissait tousser Haller chaque fois qu'il entrait dans un lit froid ; l'effet serait passager comme la cause, à moins que celle-ci n'ait déterminé une affection broncho-pulmonaire chronique, affection que nous n'avons pu déceler.

Du côté du larynx, rien.

Est-ce une toux utérine ? Nous ne le croyons pas, bien que nous fassions des réserves sur l'état de l'organe que nous n'avons examiné qu'au point de vue fonctionnel, l'examen gynécologique ayant été négligé. Ces réserves sont en tous cas de minime valeur, étant donnés les nombreux caractères de la toux que nous observons. La suspension du phénomène pendant le sommeil, pour n'en citer qu'un, est suffisante pour écarter l'hypothèse de la toux utérine, qui existerait, en toutes circonstances, l'excitation initiale étant permanente.

On ne peut faire pièce contre notre diagnostic de la règle établie par Lasègue, à savoir que la toux hystérique ne coexiste pas avec d'autres manifestations hystériques, puisque Lasègue lui-même et Trousseau citent plusieurs exceptions à cette règle. Notre observation en est une de plus ; en effet, chez notre malade la toux existe avec les crises.

Notre conviction est encore fortifiée par ce fait que la malade est sortie sinon guérie, du moins très améliorée par le traitement psychique auquel elle a été soumise. Nous n'avons pu obtenir de la malade le traitement hypnotique, c'est par l'administration sucessive de pilules de bleu de méthylène, de pilules fulminantes, de bains aromatiques, d'injections de sérum artificiel à la dose de 10 centimètres cubes par jour et de douches froides, médications qui, dans l'esprit de la malade croissaient graduellement d'énergie et d'efficacité, que nous avons réussi à améliorer un phénomène qui, en se prolongeant, eut fini

par porter atteinte à l'état général de la jeune fille, malgré sa constitution robuste. Le résultat est positif pour qui connaît les difficultés avec lesquelles on se trouve aux prises pour traiter les hystériques à l'hôpital, où l'isolement est impossible,

BIBLIOGRAPHIE

SYDENHAM.
LASÈGUE (*Archiv. gén. de Méd.* 1851).
TROUSSEAU et PETER (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*).
CHARCOT (Hystérie et tics. *Semaine Méd.*, 1886).
PITRES (Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme).

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — MM. LUMIÈRE et BÉRARD ont observé un cas d'épithélioma multiple primitif des glandes sébacées de la tête, du tronc et des membres.

Société médicale des Hôpitaux. — M. RENDU a observé une intoxication intestinale d'origine alimentaire, qui détermina chez son malade des accidents fébriles à type intermittent.

Société de Biologie. — M. GINARD dit avoir constaté dans le tube digestif de l'homme de petites ulcérations dues à la présence d'ascarides lombricoïdes.

Société d'obstétrique de Paris. — M. MAYGRIER, chez une femme morte subitement après quelques attaques d'éclampsie d'allure bénigne, a trouvé une hémorrhagie bulbaire considérable.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Empoisonnement public et Légion d'honneur

L'*Alcool*, cette excellente publication du bon combat, organe de l'*Union anti-alcoolique française*, dont *tous* les médecins devraient faire partie (siège social, 5, rue de Latran), donne à propos du 14 Juillet, ce court pamphlet dont chacun goûtera l'à-propos :

« Au 14 Juillet, les uns voient un bienheureux prétexte à se gaver de liquides variés et d'apéritifs multicolores; d'autres, une occasion de fuir à la campagne; pour les collégiens, c'est avant tout un jour de congé supplémentaire; quelques vieilles barbes songent encore aux souvenirs historiques de la glorieuse journée : bref, les sentiments que son approche éveille sont multiples.

» Mais toute une catégorie de citoyens tressaille d'impatience et vit dès maintenant en une anxieuse attente : elle comprend ceux que leurs attaches officielles, leurs belles relations... politiques, désignent aux faveurs gouvernementales et dont peut-être la boutonnière enfin va fleurir. Depuis des années déjà, aux grands anniversaires, ils ouvrent fiévreusement l'*Officiel*. Ils ont promesse ferme cette fois : mais on sait ce qu'en vaut l'aune! Ils craignent donc les sapes souterraines, les crocs-en-jambe de la dernière heure, l'intervention ultime de la maîtresse du chef de cabinet, que sais-je encore? et la crise ministérielle, toujours probable en notre benoît pays! Oh! voir au moment suprême le ministre de son cœur remplacé par un autre à qui nul service exceptionnel et électoral, nul député influent ne vous recommandent! redevenir un simple contribuable! Avoir déjà louché au revers gauche de sa radingote et voir son ruban luire glorieusement à la boutonnière d'un autre!

» Pourtant, parmi le pâle troupeau des décorables, quelques citoyens gardent une espérance ferme en un cœur inébranlé. Les hommes de talent ou de mérite sans doute! Oh! que non pas! mais les représentants de la grande industrie nationale, les fabricants de quinquinas variés et avariés, d'apéritifs, de digestifs, de vermouths, d'amers, de bitters et d'absinthes, tous liquides bienfaisants, oxygénés et hygiéniques. Oui, ceux-là gardent l'âme sereine : leur heure viendra, ils le savent. Ne sont-ils pas les vrais représentants de la nation la plus alcoolisée du monde? les plus efficaces pourvoyeurs de misère, de déchéance, d'aliénation mentale et de phtisie? N'ont-ils pas glorieusement édifié leurs fortunes sur des entassements de cadavres? ne travaillent-ils point à étioler notre race, dont la vigueur se rétrécit de jour en jour, telle la peau de chagrin d'un roman célèbre? ne leur doit-on pas la stérilité et les épileptiques convulsions de nos colonies, dont un congrès a eu la sotte prétention de vouloir protéger les indigènes? (on s'en est tenu aux nègres, Dieu merci!) Ne sont-ce point eux enfin, qui, pour la grande lutte européenne, nous préparent des soldats débiles, des chefs abrutis, agités ou incapables? Sur quelles poitrines brillerait donc plus dignement la devise : « Honneur et Patrie! »

» Ces philanthropes savent tout cela, et d'autres choses encore, et, comme dit le poète, ils sont « pleins de confiance en leur cher cœur ». D'heureux présages leur annoncent que le siècle prochain sera celui de la grande alcoolisation terminale, l'apothéose du *delirium tremens*. L'Exposition de 1900 ne consacrera pas moins de cinq classes diverses à l'empoisonnement national. Quelle pluie de médailles, de diplômes, de décorations! On a toléré d'y voir figurer les sociétés anti-alcooliques, ces trouble-fête, ces empêcheuses de s'empoisonner en rond! c'est là une regrettable faiblesse : elle ne saurait compromettre le succès final de la grande gigue absinthique, qui annoncera l'aube du vingtième siècle.

GENEBIAS.

Combien on devrait vivre (1).

L'expérience établit qu'un animal vit huit fois le temps que dure son accroissement. Ainsi le chien, qui se développe en deux ans, peut vivre seize ans en moyenne. L'homme pourtant semble échapper à cette loi physiologique.

Vingt-cinq ans sont nécessaires à son accroissement intégral Une durée de deux cents ans serait alors nécessaire à son existence. La mort survenant avant cette époque devrait être accidentelle ou artificielle, c'est-à-dire causée par les maladies ou la dégénérescence héréditaire. MATHUSALEM et d'autres patriarches ont atteint et même dépassé deux cents ans, si l'on en croit les textes sacrés, ce qui n'est pas prouvé.

Malheureusement les textes sacrés de nos jours démontrent que le *rara avis* qui atteint le siècle est rare. Quelle limite peut être assignée scientifiquement à la vie humaine ?

Les savants tels que BUCHNER, LEGONCOURT, COLLIN DE PLANCY, FLOURENS, étudièrent beaucoup cet intéressant sujet.

L'histoire de France cite le cas d'un certain JEAN DES TEMPS, qui avait été soldat de CHARLEMAGNE et mourut en 1136 à l'âge de trois cent soixante ans, ou quatre cent vingt suivant FULGORIUS, qui le fait mourir en 1196. Mais nous nous garderons bien d'entrer dans le domaine de la légende et du merveilleux.

Voici cependant quelques cas extraordinaires de longévité plus authentiques :

Un certain ZORTAN mourut le 5 janvier 1724. Il était né en 1530, ce qui portait son âge à cent quatre-vingt-cinq ans. Son fils aîné avait atteint cent cinquante-cinq ans. Il est à présumer que lorsque celui-ci faisait le méchant, son père n'avait plus le droit de lui tirer les oreilles.

TKO MARDENOFF, sujet russe mort à Tiflis en septembre 1892, avait cent soixante-quatre ans.

L'office royal de statistique de Berlin, aidé du Comité de statistique de Transcaucasie, peut facilement donner la preuve de cette merveilleuse longévité. Or, MARDENOFF était mort accidentellement laissant une jeune épouse de cent vingt ans, toute désolée de cette fin prématurée.

FRANÇOISE-MARIE PROU, morte en 1838 dans la Haute-Garonne, avait cent trente-huit ans.

Dr M. DE T.

Immixtion des médecins dans le commerce des médicaments.

Il y a trente ans un médecin qui aurait accepté d'un pharmacien un dividende de tant pour cent sur le produit des médicaments prescrits à ses clients, eût été fortement blâmé et mis à l'index de la confrérie. Aujourd'hui, certaine presse médicale trouve ce gain très légitime et propose aux médecins honteux de leur servir d'intermédiaire auprès des pharmaciens spécialistes et vendeurs d'eaux minérales.

(1) *Gazetta degli Ospedali.*

Propriétaires ou intéressés dans l'exploitation de sources peu connues et même inexploitées, ces journaux sollicitent les souscriptions des médecins et les invitent à prescrire telle source plutôt que telle autre avec la certitude de remplacer l'agenda traditionnel par de forts dividendes, *fruits légitimes de leur travail et de leurs prescriptions*. Ils conseillent également aux souscripteurs de prescrire les médicaments spécialisés placés sous leur patronage et dont ils garantissent la *bonne composition*. En langage clair, ils disent aux médecins : prescrivez nos produits et nous partagerons les bénéfices avec vous sans oublier les veuves et les orphelins de la confrérie médicale.

Cette immixtion du médecin dans le commerce des médicaments peut lui rapporter quelque argent, mais nous semble porter atteinte à sa dignité et compromettre son indépendance. Voilà bien une question à soumettre aux délibérations du Congrès de déontologie qui se réunira l'an prochain à Paris, sous la présidence de M. le professeur GRASSET (de Montpellier).

(*Lyon médical*).

Fille ou garçon ?

Cet être mystérieux — dont l'avènement impatiemment attendu est aussi parfois redouté comme une échéance honteuse, qui manifeste sa présence et sa vie par des secousses dont tressaillent les parois sensibles de sa prison de chair, et qui, semblable à l'esprit de Dieu à l'époque du chaos, flotte à la surface des « Eaux », — que sera-t-il ?

Fille ou garçon ? palpitante question que se posent les parents dans l'attente d'un héritier !

Indépendamment des préférences particulières et des projets d'avenir, de graves intérêts sont souvent en jeu selon que cet héritier sera mâle ou femelle!

Les physiologistes se sont efforcés en tout temps de rechercher et de déterminer les causes qui peuvent favoriser la création de l'un ou de l'autre sexe.

HIPPOCRATE, que le problème intéressait sans doute déjà, accordait à l'homme un rôle prépondérant ; il pensait que le testicule droit avait la spécialité d'engendrer les garçons et le gauche les filles. Mais c'était une simple supposition n'ayant rien de fondé et que le nom seul de son auteur a préservé de l'oubli.

A ce compte-là, les trop nombreuses et infortunées victimes que les coups de pied de Vénus ont privé de l'un ou l'autre de ces organes, dont l'absence totale est prudemment exigée des gardiens du sérail, auraient au moins la consolation, dans leur demi-virilité, de pouvoir connaître à l'avance le sexe de leur future progéniture.

Malheureusement pour eux, les faits ne sont point d'accord avec la théorie et les éclopés de l'amour sont sur ce sujet aussi ignorants que les privilégiés échappés aux blessures de la perfide déesse.

L'anatomiste MILLOT, au contraire, était d'avis que le rôle

le plus important appartenait à la femme ; l'ovaire droit, d'après lui, fournirait des œufs mâles et l'ovaire gauche des œufs femelles !

C'est encore là, est-il besoin de le dire, une hypothèse qui, pour être plus galante n'est pas plus sérieuse. En tout cas, si elle eût été vraie, cette théorie résolvait tout simplement le problème fameux de la procréation des sexes à volonté. Quoi de plus facile, en effet?

Aux femmes désireuses de laisser à leurs époux un héritier du nom de la fortune, une opération courante aujourd'hui — l'ovariotomie, — permettait de procéder à coup sûr en enlevant sans plus de façons l'organe gênant et il eût suffi, du reste, de changer de côté pour être certain de n'avoir que des filles, si tel avait été le désir de ses générateurs !

C'eût été même si commode que l'ordre naturel en aurait certainement été troublé et la Providence se montra une fois de plus prévoyante et sage en ne laissant pas entre nos mains un aussi dangereux secret.

On a aussi insisté sur l'âge des parents à propos de la différence des sexes. Si le père est plus âgé, a-t-on dit, la proportion des garçons a tendance à être supérieure à celle des filles ; tandis que l'égalité d'âge ou la jeunesse plus grande du mari favoriserait la naissance des filles.

Il y a quelque temps le Dr Schenk, de Vienne, bâtissait tout un système pour prouver que la régime alimentaire de la mère avait une influence décisive sur le sexe de l'enfant attendu.

Eh bien, ce ne sont là que des systèmes et rien de plus ; l'observation exacte des faits vient à chaque instant les contredire ; et d'Hippocrate à Schenk, l'élucidation du problème de la procréation des sexes n'a pas fait grand progrès.

Voici cependant que tout dernièrement des savants ont prétendu attribuer à l'action de la température une influence considérable sur la détermination des sexes. La chaleur favoriserait la naissance des femelles, tandis qu'une température inférieure ferait plutôt des rejetons mâles.

Ce qui donne du poids à cette théorie et la différencie des autres hypothèses, c'est que des expériences nombreuses faites sur des animaux et des végétaux de différentes espèces ont toutes été très affirmatives.

Dans tous les cas on a constaté que le nombre des plantes femelles était en raison directe de l'élévation de la température.

De là, à songer à étendre les mêmes observations à l'espèce humaine, il n'y avait pas loin ; le Dr Dusing, un savant autrichien, fit le premier la curieuse remarque qu'il naissait toujours plus de filles que de garçons à la suite de longues périodes de temps chaud.

Nous ne savons si cela est toujours vrai, mais nous pourrons jusqu'à un certain point vérifier cette année la justesse de la théorie ; si le Dr Dusing ne s'est pas laissé leurrer comme tant d'autres par la manie de la statistique, nous ne manquerons pas de constater un nombre considérable de naissances féminines après les fortes chaleurs du dernier été.

Un autre élément de conviction pour les partisans de la théorie de la chaleur, c'est que le nombre de filles est plus grand dans les pays chauds que dans les pays froids.

Des recensements forts exacts ne permettent pas d'en douter et tout le monde sait qu'en Suède et Norwège, par exemple, les naissances masculines sont beaucoup plus nombreuses que les féminines.

Chez les Esquimaux, la proportion est plus grande encore.

On constate des résultats tout différents dans les régions chaudes et la polygamie qu'on rencontre seulement dans ces régions-là n'a pas d'autre cause que l'excès de population féminine.

Loin donc d'être un symptôme de relâchement dans les mœurs, la polygamie est un mal si l'on veut mais un mal nécessaire, imposé par des conditions météorologiques tout à fait indépendantes de la volonté de l'homme ; sur les plateaux glacés de l'Himalaya, au contraire, la différence en faveur du sexe masculin est tellement accentuée que la polyandrie — la contre-partie de la polygamie — s'y pratique couramment.

Une fois de plus apparaît manifestement l'influence profonde du milieu ambiant sur les habitudes et les mœurs des sociétés humaines.

En somme, si la science actuelle n'a pas définitivement résolu le problème de la procréation des sexes, elle a cependant jeté un rayon de lumière au milieu du chaos des opinions contradictoires professées jusqu'à ce jour.

Mais, ne l'oublions pas, il est des secrets que la Nature, dans notre intérêt même, n'est disposée à divulguer jamais ; la procréation des sexes à volonté, si elle était connue et pratiquée, ne manquerait pas de bouleverser tout notre équilibre social. Aussi, devons-nous souhaiter que les recherches dirigées en ce sens n'aboutissent qu'à convaincre les plus hardis de notre ignorance du pourquoi et du comment des choses.

(*Gazette des Eaux*). Dr Ruelle.

NOUVELLES & INFORMATIONS

L'hygiène des Chemins de fer

Nous n'avons pas inséré sous le titre : l'*Alcoolisme à la vapeur : Les Wagons-Bars dans les Chemins de fer*, l'article qui a fait le tour de la presse médicale, dans lequel les diverses compagnies de chemin de fer et l'Etat étaient pris à partie pour la tolérance qu'ils montrent vis-à-vis des wagons-bars, que l'Amérique supprime du reste, après les avoir inaugurés. Nous savions et, par communication officielle, nous apprenons que M. A. Sartiaux, ingénieur en chef de la Compagnie des Chemins de fer du Nord, s'est toujours montré nettement opposé à l'admission des wagons-bars dans les trains circulant sur le réseau du Nord.

Les voitures Bars, qui sont actuellement remorquées par les trains de la Compagnie de l'Ouest assurant un service circulaire entre Paris Saint-Lazare et Paris Nord, sont même détachées de ces trains à leur arrivée à la première gare Nord (Sannois) et reprises à cette gare dans le sens du retour.

Cette éloquente circulaire nous dispense de reproduire le premier article et nous permet de nous féliciter que

dans notre région la cause de l'**antialcoolisme** soit si bien servie en haut lieu.

UNIVERSITÉS

Dijon. — M. le docteur Baron, ex-interne des hôpitaux de Paris, est nommé suppléant des chaires de pathologie externe, cliniques chirurgicale et obstétricale.

Marseille. — M. le docteur Julia de Roig est nommé chef de clinique médicale.

HOPITAUX ET HOSPICES

Lyon. — M. le docteur Commandeur est nommé, après concours, accoucheur des hôpitaux.

Distinctions honorifiques

Sont nommés dans l'ordre de la **Légion d'honneur**. — *Officiers :* M. le docteur Baudrimont, de Bordeaux. — *Chevaliers :* Faure, à Lagrand (Hautes-Alpes) ; Dugenet, à Bléré (Indre-et-Loire) ; Bories, de Toulouse (Haute-Garonne) ; Picqué, de Paris ; Sanglé-Ferrière ; Jaubert ; Charpentier ; Beau ; Prat ; Francou ; Ohier ; Astier ; Robin ; Speckhahn ; Labanowski ; Aubertie ; Magnin, médecins militaires.

Médaille des Epidémies. — *Or* : M. le docteur Ledé, de Paris. *Argent* : MM. les docteurs Loubrieu et Michaux, de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Lacôte, ancien député, essayeur à la Monnaie, Ferrand, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; Gallois, de Rilly-la-Montagne (Marne) ; Buiron, d'Hermonville (Marne) ; Mercier, médecin consultant à Bourbonne (Haute-Marne) ; Mossmann, de Tours-sur-Marne ; Caillet, de Luynes (Indre-et-Loire) ; Picard, de Belles-sur-Cher (Cher) ; Popis, d'Olans (Loiret) ; Sallebert, médecin principal des colonies ; Henri Lernout, de Paris, fils du docteur Lernout, de Wormhoudt (Nord).

M. Mazoué, interne à l'Hôtel-Dieu de Tarascon ; MM. Della Decima et Guillot (Hippolyte), étudiants en médecine, morts de la fièvre typhoïde.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

52e semaine, du 24 décembre au 30 décembre 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	9
3 mois à un an	12	10
1 an à 2 ans	»	4
2 à 5 ans	2	6
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	9	9
40 à 60 ans	8	10
60 à 80 ans	13	13
80 ans et au-dessus	5	5
Total	60	67

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	3	»	»	»	2	»	6	14	16
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	6	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	12	24	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	1	»	»	»	6	2	6	»	»	2	1	»	»	»	»	6	26	25
Vauban, 20,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	4	»	»	»	»	»	3	12	3
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	6	12	10
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	7	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	3	10	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7	10	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	3
Total	»	5	»	»	1	»	»	1	26	8	15	»	»	16	1	»	»	2	»	52	127	110

N° 157. Quatrième Année, N° 2. Le Numéro : **10 centimes.** 14 Janvier 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

ABONNEMENTS. — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1900, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste, en y ajoutant 0 fr. 45 pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Transmission de la Malaria par les Moustiques,

par le docteur **Verdun**,
agrégé des Facultés de Médecine, chargé du cours de Parasitologie à la Faculté de Médecine de Lille.

La prophylaxie jouant un rôle prépondérant dans toutes les maladies parasitaires, on ne peut trouver étonnant que les observateurs cherchent à élucider d'une façon complète, et à pénétrer dans tous les détails l'évolution des parasites. Leurs efforts ne sont pas toujours couronnés de succès et bien souvent le développement et la transmission de ces organismes restent énigmatiques. Parmi les questions qui ont exercé particulièrement la sagacité des médecins, il n'en est certainement pas de plus intéressante que celle de la fièvre paludéenne. Depuis le jour, encore assez proche, où LAVERAN découvrit, pour la première fois, dans le sang des malariques, l'Hématozoaire qui porte son nom, on n'a eu que fort peu de renseignements sur l'évolution extérieure du parasite et sur la façon dont il pénétrait chez l'Homme ; l'eau, l'air et le sol ont été tour à tour incriminés comme agents de transmission, mais aucune preuve sérieuse n'a pu être fournie en faveur de ces divers modes de propagation. En présence de ces insuccès, les recherches ont pris dans ces dernières années une nouvelle orientation et à l'heure actuelle on peut considérer le problème comme à peu près résolu. Cette nouvelle direction est due, en grande partie, aux efforts de PATRICK MANSON. Cet auteur, dans ses beaux travaux sur les Filaires du sang, a mis en relief, de la façon la plus heureuse, le rôle joué par les Moustiques dans la transmission de l'espèce *Filaria sanguinis hominis*, variété *diurna*, dont l'adulte « *Filaria Bankrofti* » vit dans les lymphatiques et provoque l'*éléphantiasis des Arabes*. Les Hématozoaires de LAVERAN et les embryons de Filaires jouissant des mêmes conditions biologiques, MANSON s'est demandé si le mode de propagation, nettement démontré pour les derniers, ne pouvait pas s'appliquer aux premiers. Les recherches de Ross, faites à Calcutta, sous l'instigation du savant praticien anglais, ont pleinement confirmé cette hypothèse.

L'idée de la transmission de la malaria par les Moustiques est loin cependant d'être toute nouvelle; seuls, les faits probants sont de date récente. Les auteurs romains VARRO, VITRUVIUS, COLUMELLA, parlent, dans leurs travaux, d'Insectes qui se chargeraient de propager les fièvres paludéennes; sans même remonter si loin, on voit que parmi les populations italiennes, celles du sud du Tyrol, ou même chez les nègres de l'Afrique, la croyance au pouvoir nocif des Moustiques est très répandue. De là vient,

d'ailleurs, l'usage si fréquent, dans ces pays, des moustiquaires qui, en mettant l'Homme à l'abri des piqûres de ces Diptères, lui constituent un bon moyen prophylactique.

En 1883, KING, dans un travail d'ensemble, réunit tous les faits qui plaident en faveur de cette théorie et en ajoute un certain nombre de nouveaux. LAVERAN les expose longuement dans son traité sur le Paludisme et nous pouvons les résumer de la façon suivante :

1° Les Moustiques abondent dans les localités palustres (1) et disparaissent sur les lieux élevés où les cas de malaria deviennent très rares. Ex. : Constantine, Bône, Rome.

2° Le drainage du sol entraîne simultanément la disparition des fièvres et des Moustiques.

3° Les eaux stagnantes sont par contre favorables au développement de ces derniers et favorisent aussi l'apparition du paludisme.

4° Les fièvres malariques ne règnent qu'à l'époque où les Moustiques abondent.

5° Dans les pays palustres il est dangereux de coucher dehors ou à l'intérieur des habitations en laissant les croisées ouvertes, c'est-à-dire en s'exposant aux piqûres de ces Diptères. C'est, en effet, lorsque ces conditions sont réalisées que la malaria se contracte facilement.

6° C'est durant la nuit que l'on est surtout exposé à prendre les fièvres. C'est durant la même période de la journée que les Moustiques s'acharnent sur l'Homme.

7° Dans les régions contaminées, il est imprudent de coucher dans les étages inférieurs où abondent ces Insectes; les étages supérieurs, où ils sont moins nombreux, sont beaucoup plus sains.

8° On est d'autant plus prédisposé aux fièvres que la peau est fine, car le Moustique pique alors plus facilement.

Toutes les notions que nous venons de résumer et qui militent en faveur de la « *Mosquito-Malaria Theorie* » ne constituent, en somme, que de simples présomptions. Les faits positifs qui viennent les compléter, sont de date toute récente, et ce sont ceux-là que nous allons essayer d'exposer. Les recherches de Ross, sur les parasites endoglobulaires du sang des Oiseaux, ont été le point de départ de la découverte de l'évolution extérieure de l'Hématozoaire de l'Homme. Chez l'Alouette, en particulier, on peut rencontrer deux Hémosporidies : l'*Halteridium* de LABBÉ (g. *Laverania* de GRASSI et FELETTI) (2) et le *Proteosoma*. La première forme est inoffensive et on la trouve aussi chez le Moineau, le Pinson, l'Etourneau, le Geai. La deuxième, qui s'observe également chez le Moineau et chez le Corbeau, provoque chez ces animaux une véritable fièvre. L'*Halteridium* de l'Alouette se montre, au début, sous l'aspect de taches intra-globulaires claires, ovalaires, très réfringentes, munies d'un nucléole central (fig. 1). Ces taches s'allongent en s'incurvant légèrement, la partie concave s'appliquant contre le noyau du globule; le pigment fait alors son apparition et se localise aux deux extrémités. Le protoplasma, à son tour, s'accumule aux deux pôles, qui se renflent peu à peu, et le parasite finit par acquérir la forme d'une haltère (phase haltéridienne). Le noyau primitif de l'Hématozoaire se divise en deux parties et chacune

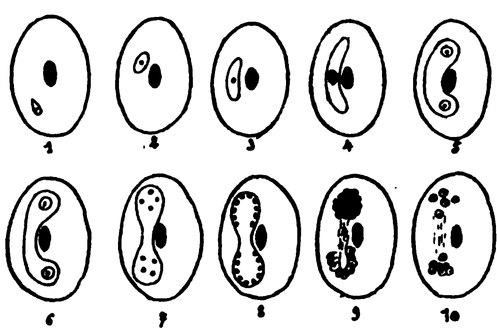


Fig. 1. — Halteridium de l'Alouette (d'après LABBÉ); Le noyau du globule rouge est représenté en noir opaque; 1 à 10, divers stades de la multiplication endogène.

d'elles se porte vers l'extrémité renflée correspondante. La phase qui suit a été prise improprement pour une phase de sporulation. Chaque noyau, en effet, continue à se diviser, et les divers fragments viennent s'appliquer contre la surface des renflements. Là, ils soulèvent un petit mamelon de protoplasma et ces petites masses protoplasmiques contenant chacun un nucléole, s'isolent sous forme de petits corps sphériques, auxquels on a donné le nom de *sporozoïtes*. La partie médiane de l'haltéridie n'intervient nullement dans ce processus; elle se désagrège et constitue un *reliquat de segmentation*.

Les sporozoïtes, disposés tantôt en rosace, tantôt en éventail, se séparent et sont mis en liberté. Ils pénètrent finalement dans un globule rouge et l'évolution précédente recommence (1).

On peut considérer, à la rigueur, ce processus de multiplication du parasite comme une reproduction asexuée, puisque la division n'est pas précédée de la fusion de deux éléments. Toutefois les sporozoïtes, c'est-à-dire les corpuscules qui résultent de la segmentation de l'Hématozoaire, sont incapables de vivre au dehors du corps de l'animal. Ce sont des formes dépourvues de toute espèce de résistance et dont le développement ne peut avoir lieu que dans le milieu où ils ont pris naissance. Ils servent à propager le parasite chez le même individu, de sorte que les phénomènes évolutifs auxquels nous venons d'assister répondent à un mode de *propagation endogène*.

(1) Dans la dernière campagne de Madagascar, nos soldats, si éprouvés par les fièvres paludéennes, étaient continuellement assaillis par les Moustiques.

(2) D'après les règles de la nomenclature, c'est le nom de *Laverania* qui doit remplacer celui d'*Halteridium*.

(1) Ce mode de multiplication, décrit par LABBÉ, n'a pas été observé par les auteurs tels que MAC CALLUM, D'OPIE, MARCHOUX, LAVERAN, qui se sont occupés de ce parasite.

Jusqu'à ces derniers temps, nos connaissances sur l'évolution de l'*Halteridium* se bornaient aux faits que nous venons de décrire. Les observations faites par Mac Callum et d'Opie sur l'Haltéridie de l'Alouette et confirmées tout dernièrement par Marchoux chez le Corbeau américain et par Laveran chez *Padda oryzivora*, nous ont ouvert des horizons nouveaux sur l'évolution exogène des parasites endoglobulaires.

En examinant attentivement le sang d'un de ces Oiseaux contaminés, on remarque que les Hémosporidies se présentent dans le globule sanguin sous deux aspects bien différents : certains de ces parasites sont clairs, hyalins, plus allongés en même temps que plus étroits, et plissés sur leur bord concave (fig. 2, *b* et *d*) ; trois ou quatre grains de pigment occupent chacune des extrémités ; le noyau est allongé, à bords sinueux et effilé à ses deux bouts. Les autres sont, au contraire, trapus, gros, à extrémités arrondies, chargés de pigment uniformément répandu dans toute la masse protoplasmique, sauf dans la région centrale qui en est dépourvue et est occupée par un noyau arrondi (*a*). Ces éléments se colorent facilement par les couleurs basiques d'aniline et en particulier par le bleu de méthylène. Vers le neuvième jour ces deux ordres d'éléments ont atteint leur taille maxima. Une expérience très simple va maintenant nous montrer quelle est leur destinée ultérieure. Extrayons une goutte de sang et examinons-le sous le microscope. Dès que ce liquide est extravasé on voit les deux formes du parasite s'arrondir, faire éclater les globules rouges et se répandre dans le plasma sous l'aspect de masses sphériques de dimensions différentes.

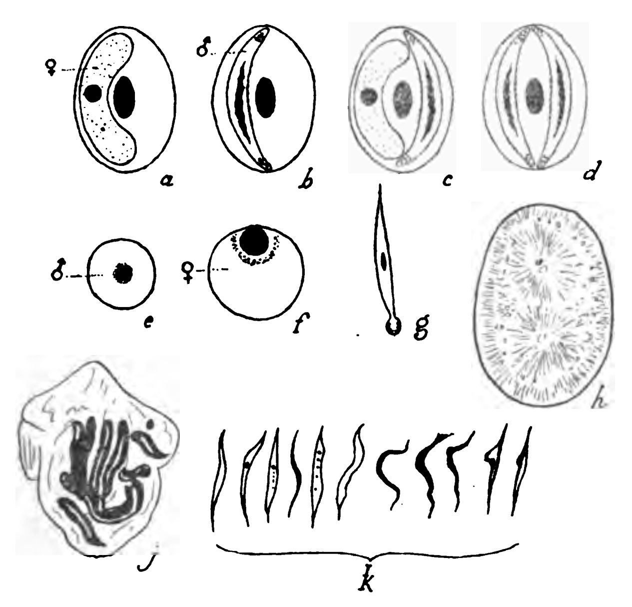


Fig. 2. — *a, b, c, d,* Halteridium de l'Alouette (d'après Laveran) ; *e*, microgamète avant la formation des flagella ; *f*, macrogamète ; *g*, vermicule ; *h*, *j*, Proteosoma-coccidies (d'après Ross) ; *k*, baguettes germinatives fournies par la forme *h* (d'après Ross).

Dans celles qui dérivent des formes longues, étroites et hyalines, le pigment, qui, primitivement, était distribué aux deux extrémités, s'amasse au centre de la sphère. Ce sont les futurs « *corps à flagella* » (*e*). Dans celles qui proviennent des organismes courts, trapus et granuleux, le pigment se dispose en fer à cheval autour du noyau. Celui-ci est excentrique et par un de ses points est tangent à la surface de la sphère (*f*). Ces éléments répondent à des *macrogamètes* (1) ou encore aux « *corps de* Laveran », de Mac Callum.

D'autres processus se produisent bientôt dans l'intérieur des corps à flagella. Le noyau se divise un grand nombre de fois. Puis chacun de ces noyaux, nouvellement formés, autour desquels se condense une petite masse protoplasmique, s'étire et se transforme en un long *flagellum* ou « *microgamète* ». Ces derniers, qui ont pris naissance en grand nombre dans l'intérieur de la sphère, ne tardent pas à être expulsés. La masse résiduelle, constituée par le pigment et une petite quantité de protoplasma, finit par se désagréger. Après leur sortie, les flagella, doués de mouvements très vifs, se déplacent rapidement dans le plasma ambiant pour se porter vers les macrogamètes. L'un d'eux arrive le premier au contact d'un de ces organismes, plonge sa tête dans la sphère, et son corps s'y enfonce bientôt entièrement. Cette pénétration se fait au point où le noyau du macrogamète touche la surface. C'est à ce niveau aussi que se produit un petit soulèvement protoplasmique, sorte de cône attractif qui enveloppe complètement le flagellum. *Il n'y a jamais qu'un seul microgamète qui pénètre dans la sphère.* Le flagellum, qui est entré le premier, continue à se mouvoir encore pendant quelques instants et l'on peut voir le pigment de la sphère s'agiter violemment. Puis tout redevient immobile et la fusion des deux noyaux est complète au bout de 15 à 20 minutes (2). Alors le parasite va changer d'aspect ; il s'étire de plus en plus par l'extrémité répondant au point de pénétration du microgamète, pendant que le pigment se porte à l'autre bout qui reste arrondi. Finalement il se transforme en un corps, pointu à l'une des extrémités qui reste hyaline, plus épais à l'autre qui porte un petit appendice sphérique. Dans ce dernier les granulations pigmentaires sont distribuées superficiellement dans la partie opposée à la pointe (*g*). Ces corps fusiformes ont été vus et décrits par Danilevsky sous le nom de

(1) Il est à remarquer que ce sont les macrogamètes qui fournissent les figures en morules, en rosace ou en marguerite que l'on observe dans la reproduction endogène, telle que nous l'avons décrite plus haut.

(2) Les phénomènes de conjugaison que nous venons de décrire représentent les différentes phases d'une reproduction sexuée de l'Haltérie. Les microgamètes sont les spermatozoïdes, les macrogamètes, les ovules mûrs. Les parasites endoglobulaires rentrent par suite dans le groupe des Coccidies. La reproduction sexuée de l'Haltéridie de l'Alouette en particulier, a certaines ressemblances avec celle de *Klossia octopiana* très bien étudiée par Siedlecky (Annales de l'Institut Pasteur, 1898, p. 799). Comme chez cette Coccidie, en effet, un parasite indifférencié se transforme totalement en un seul macrogamète.

Vermicules. Ils sont doués de mouvements giratoires, de reptation, en même temps que de contractions amœboïdes dirigées suivant leur grand axe. Ils ont en outre un grand pouvoir de pénétration et traversent avec la plus grande facilité les globules rouges.

Il est évident à priori que les vermicules représentent les formes de dissémination du parasite et servent à la propagation exogène. Ils n'apparaissent jamais dans le corps de l'hôte et leur production n'a lieu que lorsque le sang est extravasé hors des vaisseaux. Leur destinée ultérieure n'a pas été suivie plus loin et pour étudier les phases ultimes du cycle évolutif des parasites endoglobulaires, il faut nous adresser à un autre Hématozoaire de l'Alouette, très voisin de l'Haltéridie, au genre *Proteosoma*. C'est à Ross que nous devons des données complètes sur la reproduction exogène de ce Protozoaire. Sous l'influence des idées émises par Manson, le gouvernement anglais avait, en 1897, envoyé Ross dans les Indes, dans le but d'étudier le rôle joué par les Moustiques dans la transmission de la malaria humaine.

Deux espèces de Diptères sont particulièrement abondants à Calcutta, et Ross les désigne sous les noms de *Grey Mosquito* et de *Dapple-winged Mosquito*. Il entreprend de suite des expériences sur des paludiques, mais comme la saison n'est pas favorable, ses premiers résultats sont absolument négatifs. Il laisse alors de côté pour quelque temps cette série de recherches et concentre toute son attention sur les Hématozoaires des Oiseaux. Il nourrit des Moustiques avec du sang d'Alouette renfermant du *Proteosoma* ; au bout de quelques heures il dissèque soigneusement ces Insectes et découvre, couchées contre la paroi externe de l'estomac, de petites cellules ovales, pigmentées, qu'il considère comme représentant un stade de l'évolution externe du *Proteosoma*. Voici quelques-unes des nombreuses expériences qu'il a faites pour vérifier cette assertion. Il ramasse un certain nombre de larves de Moustiques, et les conserve dans des flacons jusqu'à leur complète évolution. Il en nourrit un certain nombre avec du sang d'Oiseaux où les *Proteosoma* étaient particulièrement abondants. Dix de ces Insectes, ainsi nourris, sont tués et disséqués : leur paroi stomacale contient une centaine de cellules pigmentées. Il prend dix autres de ces Diptères et les nourrit alors avec du sang de Moineaux moyennement infestés par le *Proteosoma* ; chaque estomac disséqué ne renferme que de 25 à 30 cellules pigmentées. Enfin, chez d'autres Moustiques alimentés avec du sang de Moineaux sains, ces éléments pigmentés faisaient entièrement défaut. Voici encore une autre série d'expériences : il prend une Corneille et deux Pigeons infestés par l'*Halteridium*, puis quatre Alouettes et dix Moineaux dont l'examen du sang n'est pas fait. Il met ces divers animaux dans une cage, en compagnie d'un certain nombre de Moustiques gris (*Grey Mosquitos*). Le lendemain beaucoup de ces Insectes étaient gorgés de sang, et, deux jours après, l'examen direct montre la présence de cellules pigmentées chez quatorze d'entre eux. Ross conclut de là que les Moustiques étaient susceptibles d'héberger un Hématozoaire vivant chez l'une des quatre espèces d'Oiseaux mises en expériences et il restait à déterminer quel était ce parasite endoglobulaire. Il met alors la Corneille et les Pigeons dont le sang contient des Haltéridies, en compagnie de nouveaux Moustiques gris. Deux jours après la paroi stomacale de ces Diptères ne contient aucune cellule pigmentée. Celles ci ne proviennent donc pas de l'*Halteridium*. Il examine alors le sang des Alouettes et des Moineaux et y constate la présence des *Proteosoma*. Il était à prévoir que c'était aux dépens de ces derniers que les éléments pigmentés avaient pris naissance En effet quelques Moustiques enfermés avec ces animaux dans une cage, laissaient voir bientôt à la dissection ces cellules particulières. Il est donc hors de doute qu'elles représentent un stade particulier du genre *Proteosoma*. En outre, ces expériences montrent que chaque Hématozoaire évolue chez un Moustique bien déterminé. Le Moustique gris, par exemple, ne peut pas servir d'hôte intermédiaire au genre *Halteridium*.

Toutefois, malgré les preuves accumulées par Ross, la signification de ces corps pigmentés serait restée obscure sans les découvertes contemporaines de Mac Callum sur les stades sexués de l'Haltéridie. La présence du pigment dans l'intérieur de ces cellules indique qu'elles correspondent aux « *Vermicules mobiles* ». C'est dans l'estomac du Moustique gris que les *microgamètes* et les *macrogamètes* du Proteosoma se fusionnent. De cette union, résulte la production d'éléments mobiles, renfermant, comme les vermicules, tout le pigment du corps femelle. Ces corpuscules, dont le pouvoir de pénétration est, nous le savons, très grand, traversent la paroi de la cavité gastrique et deviennent les cellules pigmentées.

L'évolution ultime de ces éléments a été encore suivie par Ross. La paroi de l'estomac du Moustique est composée de plusieurs couches. Le feuillet le plus externe renferme les ramifications des trachées. En dedans, on trouve deux couches de fibres musculaires, l'une longitudinale, l'autre circulaire, se croisant à angle droit et formant une sorte de treillis à mailles rectangulaires. Plus intérieurement une zone dont la structure est assez mal définie et enfin, en dernier lieu, la muqueuse avec son épithélium comprenant plusieurs strates de cellules. Les éléments pigmentés sont placés sous la couche homogène ou entre les fibres musculaires dissociées. A mesure qu'ils grossissent, ils s'avancent vers la surface externe de l'estomac, et font saillie dans la cavité générale de l'Insecte, sous forme de verrucosités. Cette migration s'accompagne de modifications dans la structure de ces cellules. Au deuxième

jour les corps pigmentés se présentent comme des éléments ovales de 6 à 7 μ de longueur, à contour très distinct, limité par une fine membrane, à protoplasma homogène contenant une vingtaine de particules de pigment noir. Du troisième au quatrième jour, ils atteignent un diamètre triple ou quadruple, leur protoplasma devient granuleux et montre des vacuoles. Du quatrième au cinquième, leurs dimensions sont encore plus notables et ils mesurent de 60 à 70 μ ; leur paroi est épaisse, dense, transformée en véritable capsule ; les granulations pigmentaires ont pris en même temps un arrangement concentrique. C'est à ce moment qu'ils font saillie dans la cavité générale. Ross leur donne alors le nom de « *Proteosoma-Coccidies* ». Celles-ci sont mûres vers le septième jour et dans leur intérieur apparaissent les formes de reproduction répondant à deux aspects bien différents.

1° Des corps effilés excessivement nombreux (fig. 2, *h*).

2° Des spores noires toujours en petite quantité (*j*).

Ces deux ordres d'éléments ne prennent jamais naissance à la fois dans la même « Proteosoma-Coccidie ».

Les corps allongés mesurent de 12 à 15 μ de longueur sur 1 μ de largeur ; ils sont extrêmement ténus, souvent aplatis avec les extrémités terminées en pointe et lorsqu'ils sont placés dans d'excellentes conditions, ils ont une grande ressemblance avec les Trypanosomes, quoique Ross n'ait jamais observé de mouvements chez eux (*k*) ; au centre du protoplasme, il existe des vacuoles et des granules chromatiques. Ces corps sont enfermés par centaines sous la capsule de la Coccidie mère. Celle-ci a un aspect strié, résultant de la disposition rayonnée qu'affectent ces corpuscules. Lorsqu'on l'examine sous le microscope, la pression du couvre-objet fait éclater la Coccidie et les éléments allongés en nombre considérable, flottent dans le liquide. Ross leur a donné le nom de « *baguettes germinatives* ». Les larges spores noires ont de 16 à 20 μ de longueur sur 2 à 3 μ de largeur, elles sont cylindriques, fermées aux deux extrémités, droites, courbes ou contournées en S. Leur couleur est brun sombre et leur contour est limité par une ligne noire. Elles sont capables de résister aux actions et aux forces extérieures. Chaque Coccidie n'en produit qu'un très petit nombre. Ross pense que ces deux sortes d'éléments reproducteurs se forment dans des « Proteosoma-Coccidies » d'aspect différent.

Vers le huitième ou le neuvième jour, presque aussitôt après la formation des spores et des baguettes germinatives, les Coccidies éclatent sur place dans l'Insecte vivant et les organismes qu'elles renferment tombent dans le liquide qui remplit la cavité générale de l'animal, pour se répandre ensuite dans tout le corps. Les capsules des Coccidies restent attachées à la paroi de l'estomac. Si on tue un Moustique dix jours après qu'il a été nourri avec du sang d'Alouette contenant des Proteosome, on peut constater la présence d'un grand nombre de baguettes germinatives dans les glandes salivaires et dans le thorax ; les spores noires sont localisées dans les muscles et dans le tissu conjonctif du corps.

Pour bien saisir la situation des corpuscules effilés et la façon dont ils peuvent sortir du corps de l'Insecte, il importe de connaître *grosso modo* la constitution de l'appareil buccal des Moustiques. La trompe de ces Diptères (fig. 3) sorte de long tuyau cylindrique, formée par le labre (*tr*) est fendue inférieurement suivant sa longueur (*C*).

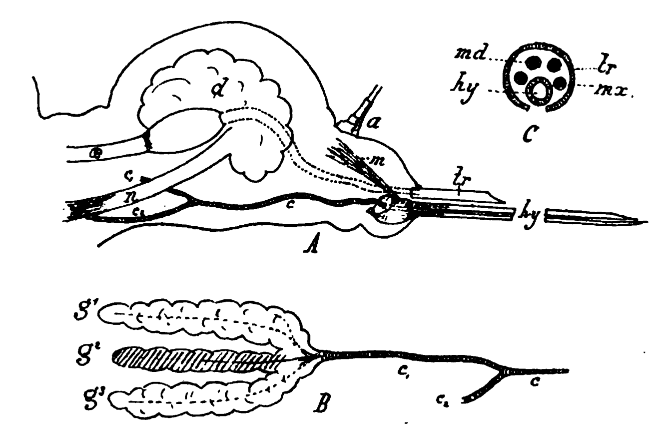


Fig. 3. — *A*. Région céphalique d'un Moustique ; *hy*, hypopharynx ; *tr*, labre ou trompe ; *d*, cerveau ; *n*, nerf ventral ; *œ*, œsophage ; *a*, antenne ; *m*, muscle rétracteur ; *c*, c_1, c_2, conduits des glandes salivaires. — *B*. Glande salivaire isolée ; g_1, g_2, g_3, ses trois lobes : c_1, canal excréteur ; *c*, canal commun aux deux glandes. — *C*. Coupe transversale de la trompe ; *tr*, labre ; *hy*, hypopharynx ; *md*, mandibules ; *mx*, mâchoires.

Elle renferme un faisceau de longs stylets, dont quatre pairs (deux mandibules, *md*. et deux mâchoires *mx*) et un impair et médian, l'hypopharynx (*hy*). Celui-ci occupe la région inférieure de la trompe dont elle forme en arrière le plancher. Le tube même est alors transformé en un canal fermé qui se prolonge dans la tête, passe entre le cerveau supérieur et inférieur, s'élargit dans la partie postérieure en un large conduit qui force les liquides à pénétrer dans l'œsophage (*A*, *œ*). L'hypopharynx est un stylet chitineux, terminé en biseau et traversé suivant son axe, par un canal très fin, qui, à la base, se dilate en une sorte de réservoir. A cette cavité, fait suite un conduit médian (*c*) qui se bifurque plus loin et dont les deux branches c_1 et c_2 servent de canaux excréteurs à une paire de glandes salivaires ou venimeuses placées de part et d'autre de la région postérieure de la tête. Chaque glande (*B*) est formée de trois lobes allongés dont le médian g^2 fournit seul un liquide venimeux, sécrété par les cellules claires qui tapissent les acini.

Chez les Moustiques nourris avec du sang à *Proteosoma*, les baguettes germinatives s'observent en grand nombre, flottant librement dans la lumière des acini, dans les conduits excréteurs et même dans le canal de l'hypopharynx. On les trouve aussi réunis par faisceaux, et affectant l'aspect

de bacilles de la Lèpre, dans les cellules des acini. Certains lobes de la glande en sont complètement dépourvus, les autres en renferment des milliers. On peut déjà prévoir d'après ceci comment les choses vont se passer.

La sécrétion des glandes salivaires est déversée dans la plaie faite par les stylets et en particulier par l'hypopharynx. D'après Ross, ce liquide a des propriétés spéciales, il détermine la contraction des capillaires et empêche le sang de s'écouler dans la blessure. Les éléments allongés ou baguettes germinatives, entraînés par la salive, pénètrent dans la plaie en même temps que ce liquide et si par hasard l'animal piqué se trouve être un Moineau ou une Alouette, c'est-à-dire l'hôte normal du parasite, les baguettes passent dans le sang et redonnent des *Proteosoma*. Le cycle est alors complet. Ces dernières données, en quelque sorte hypothétiques, ont été vérifiées expérimentalement par Ross. Il infecte des Moustiques au moyen de Moineaux dont le sang renferme de ces Hématozoaires. Il attend ensuite un certain nombre de jours pour donner aux baguettes germinatives le temps d'apparaître dans la salive, puis il enferme ces Diptères avec des Moineaux absolument sains. Neuf jours après la piqûre, le sang de ces animaux renfermait, à son tour, de nombreux *Proteosoma*.

Nous avons donc là un des modes de propagation exogène de ces parasites endoglobulaires. Il en existe certainement d'autres ; en effet, le rôle des spores noires qui prennent naissance à l'intérieur de certaines « Proteosoma-Coccidies » n'est pas encore élucidé. Ce sont évidemment des éléments doués d'une résistance considérable vis-à-vis des agents extérieurs, mais la façon dont ils parviennent dans l'intérieur de l'organisme nous est totalement inconnue. C'est en vain que Ross a essayé d'infecter des Moineaux en leur administrant par la voie buccale une certaine quantité de ces spores.

On peut cependant considérer comme à peu près complètement connue l'évolution des Hématozoaires des Oiseaux et du groupe en général. Ce sont, en somme, des parasites dont le cycle comporte l'existence d'un hôte intermédiaire et qui sont doués d'une génération alternante, sexuée et asexuée. La forme adulte se rencontre chez un Vertébré à sang chaud : c'est là que se produit la reproduction agame, véritable multiplication d'où résulte la propagation endogène. Les formes intermédiaires se trouvent chez un Diptère dans l'intérieur duquel se passent les phénomènes de la reproduction sexuée. Celle-ci donne naissance à son tour à des éléments reproducteurs qui, en pénétrant dans l'hôte primitif, reproduiront la forme adulte de l'Hématozoaire.

Pouvons-nous transporter ces notions à la malaria de l'Homme, et les faits actuellement connus parlent-ils en faveur d'une évolution similaire ? On ne peut d'abord nier qu'il existe une analogie frappante entre la malaria et les parasites endoglobulaires des Oiseaux, principalement avec l'Halteridium.

Nous trouvons en effet dans le sang des paludéens :

1° *Des corps sphériques* doués de mouvements amœboïdes inclus dans les globules rouges ou leur adhérant et renfermant du pigment : ce sont *les corps de Laveran.*

2° *Des corps en rosace*, en *morule*, ou en *marguerite*, abondants dans les fièvres tierces et quartes. Ces éléments se fragmentent et les diverses parties, douées de mouvements amœboïdes, pénètrent dans les globules rouges pour reproduire des corps de Laveran. C'est ce que les auteurs désignent sous le nom de sporulation. En réalité nous savons que ce stade répond à la reproduction asexuée et sert à la propagation endogène du parasite.

3° Dans les fièvres quotidiennes, dans les fièvres dites estivo-automnales, on rencontre une troisième forme de la malaria, *les corps en croissant* ou *corps semi-lunaires.* Ils rappellent un des stades de l'Haltéridie, mais tandis que chez celle-ci le pigment est localisé aux deux extrémités, chez ceux-là il est placé au centre. Les réactifs permettent de déceler, en outre, un noyau formé par quelques grains de chromatine et situé au milieu d'un espace clair. Ces éléments, comme les corps à flagella de l'Haltéridie, immédiatement après leur sortie des vaisseaux, s'arrondissent et émettent des flagella constitués par une partie protoplasmique et par une partie de la substance nucléaire centrale : ce sont les microgamètes ou organes mâles.

Des observations dans le genre de celles qui répondent à la reproduction sexuée de l'Haltéridie ont été faites par MAC-CALLUM, en 1897, pour la malaria humaine. Chez une femme souffrant d'une fièvre du type estivo-automnal, il a pu constater la présence d'un grand nombre de corps en croissant. Ceux-ci, dans les saignées récemment faites, ne gardent leur aspect que pendant un petit nombre de minutes. Bientôt après, en effet, ils redressent leur partie concave et prennent une forme ovoïde puis arrondie. Vingt à vingt-cinq minutes plus tard, quelques-uns de ces corps sphériques, ceux dans lesquels le pigment est diffusé à travers le protoplasma, émettent des flagella qui se détachent du corps qui les produit et circulent à travers les corpuscules rouges. Ils se dirigent vers d'autres éléments sphériques, provenant aussi des corps semi-lunaires et chez lesquels le pigment forme un cercle continu. L'un d'eux finit par y pénétrer et par se fusionner avec le noyau.

La reproduction sexuée de la malaria humaine est donc, en tout point, comparable à celle des parasites endoglobulaires des Oiseaux et il est tout naturel de supposer, à priori, que le mécanisme qui préside à la propagation exogène des uns doit également s'appliquer à l'autre.

La vérification de cette hypothèse a été faite récemment par Ross d'une part, et par GRASSI, BASTIANELLI et BIGNAMI

d'autre part. Grâce aux travaux de ces divers auteurs, deux questions d'un grand intérêt, restées longtemps sans réponse, sont aujourd'hui à peu près résolues.

Dans quelles conditions les Hématozoaires de l'Homme se développent-ils dans le milieu extérieur? Comment, de ce milieu, pénètrent-ils dans l'organisme humain? Ross s'est occupé principalement du premier problème. Il a d'abord expérimenté avec les « *Grey Mosquito* » et en a nourri un certain nombre avec du sang d'individus atteints de paludisme. Il a pu suivre ensuite, sous le microscope, dans l'estomac de ces Insectes, la formation des flagella aux dépens des corps en croissant; 70 °/₀ d'entre eux environ subissaient seulement cette transformation; il n'a jamais pu voir l'évolution du parasite aller plus loin. Il s'adresse alors à une deuxième espèce de Moustique, le « *Dapple winged mosquito* ». Il prend quatre de ces Diptères et les nourrit avec du sang d'un malade atteint d'une fièvre estivo-automnale. Deux jours après il dissèque ces Insectes: dans un il ne trouve rien; dans les trois autres, il observe la présence, dans les parois de l'estomac, de certaines cellules particulières, ovales, pigmentées et ayant en somme la même signification que les « *cellules pigmentées* ou *Proteosoma-Coccidies* ». Ce sont évidemment ces éléments qui seront chargés, par la suite, de fournir les corps reproducteurs que les Moustiques introduiront dans l'organisme humain au moyen de leur trompe.

Les auteurs italiens, cités précédemment, ont pu, à leur tour, cultiver les corps semi-lunaires chez une espèce de Moustique « *Anopheles claviger* » qu'ils identifient avec le « dapple winged mosquito » de Ross et ont assisté à la formation des cellules pigmentées. Ils ont, en outre, procédé à des expériences directes d'inoculation, dans le but d'établir la preuve positive du rôle joué par ces Moustiques, dans la transmission de la malaria.

Pour cela ils ont ramassé dans les foyers malariques différentes espèces de ces Diptères et les ont mis ensuite en liberté dans des salles où étaient enfermés des individus sains, n'ayant jamais été atteints de fièvre. Bignami, par exemple, soumet deux individus, ayant toutes les conditions requises, à la piqûre d'un certain nombre de Moustiques de l'espèce *Culex pipiens*. Au bout de trois semaines, le premier présente de la fièvre mais l'examen du sang est négatif; le second n'a pas de fièvre, mais a des douleurs de tête. L'examen du sang ne donne encore aucun résultat. En présence de cet insuccès, l'auteur s'adresse à une autre espèce moins commune, *Anopheles claviger*, et recommence ses expériences d'inoculation du germe malarique.

Le 26 septembre il fait piquer un individu; le 1er novembre, une fièvre du type estivo-automnale se déclare. La température, de 39° d'abord, monte rapidement à 40°4. Il administre la quinine et l'examen du sang permet de constater la présence des corps en croissant caractéristiques de cette variété de fièvre. Ces expériences, en même temps qu'elles montrent d'une façon irréfutable le rôle des Moustiques dans la transmission de la malaria, indiquent aussi que cette propagation n'est faite que par certaines espèces; ainsi « *Culex pipiens* », qui paraît être identique au *Grey-Mosquito* de Ross, est inoffensif.

D'après Grassi il faudrait mentionner en Italie, comme susceptibles de propager les fièvres paludéennes, *Anopheles claviger*, *Culex penicillaris* et *C. Malaria*. A cette liste sont venus s'ajouter *A. pictus*, *A. pseudopictus*, *A. subpictus*, *A. bifurcatus*, *A. nigripes*.

Mais la révision de toutes ces espèces s'impose, car elle permettra, à coup sûr, d'en identifier un certain nombre d'entre elles. Actuellement plusieurs commissions étudient dans les foyers paludéens cette importante question de la transmission du germe malarique et essayent de préciser les conditions dans lesquelles elle se produit. L'une d'elles, présidée par Ross, opère en ce moment à Sierra-Leone. Une série de publications parues dans le *British Medical Journal* ont tenu le monde scientifique au courant de ses travaux. Les résultats ont été tout à fait positifs et Ross a pu suivre chez deux espèces d'*Anopheles* l'évolution complète des diverses formes du parasite de la malaria humaine.

De son coté, Koch, en Italie, à la tête d'une commission allemande, a pu vérifier les données de Mac Callum, sur les Hématozoaires des Oiseaux. Il a observé aussi dans les glandes venimeuses de *A. maculipennis*, des filaments qui représentent les germes de dissémination du parasite de la fièvre paludéenne.

Manson pense toutefois que la piqûre des Moustiques n'est pas le seul moyen de transmission du paludisme à l'Homme et qu'il en existe très probablement d'autres. Il croit par exemple que le parasite de la malaria peut se multiplier indéfiniment sous une forme spéciale, indépendamment du corps humain, et en fait, il faut remarquer que le paludisme est surtout persistant dans des contrées où l'Homme ne séjourne pas. Dans ces conditions, la multiplication en dehors de notre organisme doit comporter un cycle plus compliqué que le simple passage de l'Homme au Moustique et du Moustique à l'Homme. Il peut y avoir, par exemple, transmission des germes de Moustique à Moustique. Il est possible, en effet, que le parasite passe dans l'œuf de ces Insectes, puis dans les larves, puis enfin dans les adultes, comme cela se produit pour la *Pébrine* des Vers à soie. Rappelons-nous d'ailleurs que le rôle des spores noires des *Proteosoma* est encore à élucider.

Quoi qu'il en soit, les données acquises actuellement permettent de poser en principe un certain nombre de règles prophylactiques. En premier lieu, tout ce qui s'op-

posera au développement des Moustiques aura pour résultat immédiat de diminuer le nombre des causes d'infection. Par suite, le drainage des terrains marécageux et leur dessèchement s'imposent tout naturellement, puisque les eaux stagnantes constituent une des conditions les plus favorables au développement des larves de Moustiques. En outre, tous les procédés utilisés pour se garantir des piqûres de ces Insectes, tels que les moustiquaires, par exemple, seront encore fort utiles.

Enfin, comme dernier moyen, on peut employer des substances culifuges ou insecticides, les unes éloignant les Insectes, les autres tuant les œufs, les larves, les nymphes ou les adultes. Le nombre de ces produits essayés jusqu'à ce jour, par CELLI et CASAGRANDI est déjà considérable, mais il faut attendre que leurs expériences se soient multipliées avant de pouvoir prôner l'efficacité de telle ou telle substance (1).

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. SPRINGER étudie les différentes causes du ralentissement et de l'arrêt de croissance, et le traitement que l'on doit opposer à chacune de ces causes.

Société de Biologie. — M. MEUNIER a observé trois cas de localisations extra-pulmonaires du bacille de PFEIFFER (os, plèvre, méninges cérébrales).

La **Société de Chirurgie** change de local et n'a pas tenu séance. C'est seulement la seconde fois depuis sa fondation que la séance ordinaire n'a pas lieu. La première interruption eut lieu le 24 mai 1871, pendant la Commune. Le fait valait la peine d'être noté.

(1) Pour la bibliographie de la question consulter les articles suivants:

G. NUTTAL. — *Centralblatt f. Bact.*, Bd. XXV, 1899, p. 343 et Bd. XXVI, 1899, p. 147.

O. BARBACCI. — *Cent. f. allg. Path.*, 1899, p. 64.

Travaux ayant paru depuis la publication de ces deux mémoires:

LAVERAN, A. — Paludisme et Moustiques, *Janus*, 1899, livr 3, p. 113-121 et livr. 4, p. 169-178.

LAVERAN. — Contribution à l'étude de *Laverania Danilevsky* (Hém. endogl. des Oiseaux). *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1899, p. 603.

LAVERAN et NICOLLE. — Hématozoaires endoglobulaires du Mouton. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1899, p. 806.

KOCH. — *Zeitschr. f. Hyg. u. Infect.*, 1899, Bd 32.

KOCH. — *Journal of experim. Med.*, 1899, Bd. III, n° 1.

KOCH, R. — Erster Bericht die Thätigkeit der Malariaexpedition. *Deutsche med. Wochensch*, 1899, n° 37, p. 601 604.

ROSS, R. — The Malaria expedition to Sierra Leone. *Brit. Med. Journ.*, vol. II, p. 869 et p. 1033.

CELLI, A. UND CASAGRANDI, O.— Ueber die Vernischtung der Mosquitos. *Centr. f. Bact.*, 1899, Bd. XXVI, p. 396-402.

SCHÜFFNER — Beitrag Zur Kenntniss der Malaria. *Dtsch. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. LXIV (Festschrift), p. 428-449.

GRASSI, B., BIGNAMI, A. e BASTIANELLI, G. — Resoconto degli studi fatti sulla malaria durante el mese di gennaio (1899). *Rendic. d. Accad. d. Lincei*, vol. VIII, 1899, n° 3.

MARCHOUX, E. — Processus de reproduction sexuée chez les Hématozoaires du genre *Laverania*, GRASSI et FELETTI. (*Halteridium* de LABBÉ). *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1899, p. 199.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 12 Janvier 1900

Présidence de M. LOOTEN, vice-président.

Radiographie d'un bassin présentant une balle dans les masses musculaires profondes

M. **Lambret** présente une très belle radiographie d'un bassin, due à l'obligeance de M. CASTIAUX, et montrant dans les masses musculaires situées à gauche du sacrum, une balle de fusil de tir réduit. Cette balle avait pénétré dans l'abdomen, perforant neuf fois l'intestin et s'était logée dans les muscles. Le malade, opéré trois heures après l'accident, guérit assez rapidement. Il y a deux ans qu'il porte ce corps étranger dans ses tissus sans en souffrir, et c'est tout à fait par hasard que l'on fit cette radiographie.

Appendicite chronique traumatique

M. **Moty** présente un cavalier qu'il opéra dernièrement pour une appendicite chronique, consécutive à un traumatisme. Il y a quatre ans, le malade fut violemment contusionné par une chute sous un chariot et dut s'aliter pendant un mois. Depuis l'accident, le malade se plaignit souvent de douleurs dans le côté droit ; on constata une constipation fréquente et difficile à vaincre, mais jamais on ne nota de vomissements.

A son entrée à l'hôpital militaire, il accuse une douleur continuelle, au niveau du point de MAC-BURNEY. Le toucher rectal révèle de la sensibilité profonde. Pas de tuméfaction, pas d'empâtement de la fosse iliaque ; la chronicité de la lésion décida M. MOTY à intervenir.

Après l'incision de la paroi, M. MOTY tombe sur un appendice très adhérent, dont la portion terminale était très atrophiée. Ablation au thermocautère. Suture de la paroi en trois plans non superposés, de façon à augmenter la résistance ; pas de suites opératoires anormales, sinon deux accès de fièvre le sixième jour, cessant brusquement avec la première selle.

On a soutenu que le traumatisme ne peut provoquer par lui-même une typhlite-appendicite et qu'il faut que l'appendice soit déjà en mauvais état. Mais dans ce cas, M. MOTY ne retrouva aucun antécédent intestinal, aucun symptôme pouvant éveiller l'idée de crises appendiculaires. Aussi M. MOTY croit que le traumatisme lésa l'appendice et que cette violente

contusion a été le point de départ de l'inflammation chronique.

M. Moty est persuadé que cet homme pourra exécuter dorénavant tous les exercices imposés aux cavaliers et que, par suite de la triple ligne de résistance donnée par le procédé de suture employé, il n'y aura pas à craindre d'éventration.

De l'emploi du bromure d'ethyle anesthésique comme premier temps de la chloroformisation

M. **Gaudier**. — On peut résumer les avantages du bromure d'éthyle en disant qu'il brûle les accidents d'excitation et de syncope du chloroforme et qu'il permet de gagner de huit à dix minutes sur la durée d'une intervention, ce qui a une grosse importance.

Comme contre-indications il n'y a que celle du prix qui élève celui de l'anesthésie totale, mais est-ce bien une contre-indication ? (*Sera publié*).

M. **Ausset** rapporte à ce sujet sa propre anesthésie par le bromure d'éthyle pour avulsion dentaire. Il est convaincu que la période de contraction n'existe que par suite de la résistance du sujet. Il ne l'a pas éprouvée et il croit qu'il faut pour cela que le sujet s'abandonne complètement à l'opérateur. « J'ai respiré très largement, dit-il, et après deux ou trois inhalations, j'ai commencé à m'endormir, tout se mit à tourner autour de moi, en même temps j'eus des hallucinations de l'ouïe (sifflements, sons de cloche), puis tout s'évanouit. L'avulsion terminée, je revins à moi peu à peu, au début je me trouvai paralysé, ne pouvant parler, mais l'usage de la parole revint très vite ; je pus retourner chez moi et faire ma consultation.

M. Ausset ne constata pas non plus de contracture chez son enfant, qui subit également l'anesthésie par le bromure d'éthyle.

Erythème provoqué par un pansement salolé chez un enfant de douze jours

M. **Ausset** lit une note intéressante sur une éruption survenue chez un nourrisson de douze jours à la suite d'un pansement à la gaze salolée (*Sera publié*).

Cet enfant était entré à l'hôpital pour une tumeur fluctuante rouge et chaude, au niveau de la cage thoracique. L'abcès, incisé par M. Phocas, ne fut pansé qu'avec de la gaze salolée.

Quatre jours après l'intervention, le bébé refuse de prendre le [illegible]n, un érythème d'un rouge intense appara[illegible]t tout le corps, lésant les muqueuse[illegible]nt apparaître la coloration normale des téguments qu'aux joues, au nez, au front ; ni vésicule, ni papule ; par places, légère desquamation purpuracée, pas d'angine, pas de catarrhe oculo-nasal ; stomatite assez intense. L'état général est bon toutefois, rien au cœur, ni aux poumons. Les urines ne purent être examinées.

Après avoir discuté les différents diagnostics qui pouvaient être posés, M. Ausset s'arrête à celui d'intoxication par le salol et il rappelle que des cas semblables ont été publiés, entre autres par M. le professeur Combemale.

P. V.

Variétés & Anecdotes

Une fabrique de monstres à Londres.

Il a existé jadis à Londres un individu qui s'était fait fabricant de phénomènes ! Au moyen de vivisections, suivies de « greffes » animales, il parvenait, dit-on, à transformer un animal ordinaire en une sorte de monstre. Chez lui s'approvisionnaient les directeurs des musées de foires. Cet individu, nommé Sheard, et qui se qualifiait « professeur », faisait aussi le phénomène humain. Mais, alors il se contentait de produire des squelettes ou de soi-disant moulages. C'est ainsi qu'il montrait dans son atelier le petit nègre à deux têtes et quatre bras, la tête de femme à corne de chèvre, l'enfant à double face, l'enfant cyclope. Ce sont là les monstres qu'on a vus dans les musées forains. Sheard avait également reproduit pour les musées anatomiques de Londres le corps de ce monstre double qui naquit à Oxford il y a une trentaine d'années et dont parla le *Journal des Savants*. Ce monstre, du sexe féminin, avait deux têtes diamétralement opposées, quatre bras complets, un seul buste, et deux jambes. Il reçut deux noms. L'une ce ces deux têtes s'appelait Marthe, l'autre Mary. Marthe mourut la première et Mary un quart d'heure après.

Un cas non moins curieux est cet autre monstre qui avait deux têtes distinctes et superposées. L'une occupait la place et la position normales, l'autre était renversée sur la première et reposait sur le sommet. Ce phénomène vécut jusqu'à l'âge de quatre ans.

Le dit « professeur » Sheard, questionné sur le point de savoir s'il pourrait fabriquer des monstres vivants, répondit un jour avec un parfait sérieux que ce ne serait pas impossible !!! « Certains faits à ma connaissance, dit-il, me donnent la conviction que le problème n'a rien d'insoluble ; malheureusement les résultats seraient toujours incertains et l'on ne manquerait pas de stigmatiser une telle industrie comme criminelle ; aussi je préfère m'en tenir aux reproductions plastiques. » Ce professeur avait assez raison ! (*La Revue médicale* du 12 juillet 1899).

Bons pour le mariage

Les Américains ont, dans la vie pratique, des idées de véritable vaudeville. C'est ainsi que l'Etat de Dakota vient de voter une mesure risible, certainement pour un jovial abonné de notre vieux Palais-Royal, mais pas ridicule du tout, dans l'intérêt d'une race neuve et qui veut vivre. C'est bien simple. Tout jeune homme et toute fille désireux de convoler en justes noces seront désormais, en Dakota, astreints à passer devant un conseil de revision, qui décidera si les fiancés sont bons pour le service conjugal. Ce n'est qu'après auscultation, examen médical et certificat de bonne santé délivré, que les amoureux auront le droit de passer à la mairie. Les alcooliques, tuberculeux, chlorotiques, hystériques et autres sujets d'hôpital seront rigoureusement mis à la porte du paradis de l'hyménée, pour cette raison que les dégénérés et les morbides ne produisant que des morbides et des dégénérés, il est inutile d'encombrer le sol de l'Union de spécimens humains d'une qualité inférieure. (*Journal d'hygiène.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

NÉCROLOGIE

Un des doyens du corps médical lillois, M. le docteur Rey, est mort cette semaine, à l'âge de 82 ans.

Originaire de Toulouse, élève et docteur de l'ancienne faculté de Strasbourg, médecin militaire ayant fait campagne en Algérie, M. Rey s'était fixé à Lille, par son mariage, il y a quarante-deux ans.

La jeune génération médicale le connaissait à peine, car l'âge et les infirmités le tenaient depuis plusieurs années quelque peu éloigné du monde. Il avait rempli diverses fonctions publiques médicales : médecin du Bureau de Bienfaisance, secrétaire du Comité de vaccine, etc.

La Société centrale de Médecine du Nord l'avait autrefois compté parmi ses membres actifs ; il en fut six ans le secrétaire-général, de 1863 à 1869. On retrouverait, publiées dans le Bulletin, diverses observations de sa pratique.

D'un esprit ouvert et fin, d'une instruction solide, s'il n'avait pas eu en clientèle un succès correspondant à sa valeur, c'est qu'il était très malhabile à se faire valoir.

Médecin de la vieille roche, il restait l'inflexible partisan d'une déontologie rigide et déplorait le glissement lent de nos mœurs professionnelles vers l'américanisme. Les confrères qui exerçaient à Lille, il y a une bonne vingtaine d'années, — *rari nantes*, — ont conservé le souvenir d'une amusante et anonyme plaquette qui fit du bruit dans Landerneau, et où étaient raillés, spirituellement mais sans fiel, certains travers médicaux et quelques personnalités aujourd'hui disparues.

Ce lettré était, en effet, pourvu d'une plume alerte et incisive, d'où sortirent encore d'autres écrits extra-scientifiques ; parmi lesquels des *Souvenirs d'Afrique*, qui sont vraiment intéressants.

Quoique M. Rey n'eut occupé aucune grande situation officielle ou professionnelle, c'était quelqu'un.

Nous recevons de l'Office sanitaire de Lille la communication suivante contenant des **Instructions relatives à la propagation de la Peste bubonique**, rédigées par M. le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, conformément à l'avis du Ministre de l'intérieur et du Conseil central d'hygiène publique de France.

1° La peste est une maladie contagieuse qui peut se manifester sous des formes variées. Le plus souvent elle éclate brusquement, comme une fièvre grave et les malades présentent des engorgements ganglionnaires appelés « bubons » très douloureux, au cou, aux aisselles et aux aines.

D'autres fois elle a tous les caractères d'une véritable pneumonie, et sa nature ne peut alors être reconnue exactement que par l'examen bactériologique des crachats qui renferment en abondance le microbe spécifique de la peste.

Il existe aussi des formes bénignes, dites ambulatoires, sans fièvre, qui se manifestent seulement par des tumeurs ganglionnaires peu douloureuses et qui n'empêchent pas le malade de vaquer à ses occupations. Ces deux dernières formes sont les plus fréquentes au début des épidémies, et, par suite, les plus dangereuses au point de vue de la propagation de la peste, parce qu'elles sont très fréquemment méconnues.

2° La peste se contracte par les voies les plus diverses. Le mode le plus fréquent est l'*inoculation* à la suite de piqûres d'insectes, puces, punaises, moustiques, qui ont vécu sur l'homme malade ou sur les animaux morts de peste, en particulier sur les rats et les souris. Elle se contracte par *inhalation* de poussières souillées par des crachats de malades atteints de pneumonie pesteuse. Elle se contracte enfin quelquefois par l'*ingestion* d'aliments souillés ou par le contact direct du nez, de la bouche, des mains, etc., avec des personnes ou des animaux atteints ou morts de peste.

3° La peste se propage dans les villes et dans les maisons surtout par les rats et les souris qui sont toujours les premiers atteints au début d'une épidémie. Leurs parasites (puces) transmettent la maladie de rat à rat et du rat à l'homme. Il faut donc s'efforcer de détruire les rongeurs, parce qu'en supprimant le plus grand nombre possible de ces animaux, on diminuera d'autant les chances de propagation de la maladie.

Cette destruction de rongeurs doit être faite principalement dans les magasins qui reçoivent des approvisionnements de grains de toutes espèces, de laines, de cafés, de cotons bruts. Ces marchandises proviennent fréquemment de pays étrangers où la peste existe, et elles risquent alors beaucoup de nous apporter la maladie, parce qu'elles renferment précisément beaucoup de rongeurs.

4° Pour détruire les rats et les souris on aura recours à des pièges appropriés, ou à tous les moyens reconnus efficaces, tels que mort-aux-rats, asphyxie par l'acide carbonique ou le gaz sulfureux, etc.

Les cadavres des rats trouvés morts seront, autant que possible, détruits par le feu. Il faut éviter de les toucher avec les mains, surtout si des cas de peste ont déjà été constatés : on devra les prendre avec des pinces et les jeter dans le feu ou dans l'eau bouillante.

5° Dans les docks, magasins de céréales, de laines, de cotons bruts, de cafés, etc., on devrait encourager la destruction des rongeurs, sans retard et avant l'apparition de la peste, en accordant des primes à quiconque apportera les cadavres de ces animaux.

6° En présense d'un cas suspect, il conviendra d'avertir immédiatement le médecin et les autorités sanitaires, pour que toutes les mesures propres à arrêter la propagation de la peste puissent être prises aussitôt.

UNIVERSITÉ DE LILLE

La répartition des internes et externes des hôpitaux dans les services de clinique pour 1900 est définitive; depuis le 1er janvier sont affectés :

A l'**hôpital Saint-Sauveur**, dans le service de M. FOLET, professeur de *clinique chirurgicale* : MM. DRUCBERT, et BRETON, internes; MM. LEROY, MAÎTRE D'HÔTEL, DECKMYN, MONIER, WARIN, externes; dans le service de M. LEMOINE, professeur de *clinique médicale* : MM. HÈZE et VANDEPUTTE, internes; MAES, FELHOEN, LEJEUNE, DERYCKÈRE, VERLAINE, externes; dans le service de M. CHARMEIL, professeur de *clinique dermato-syphiligraphique* : M. BERTIN, interne; MM. SONNEVILLE, DAVRINCHE, LOUBRY, NIEPPE, externes; dans le service de M. PHOCAS, chargé du cours de *chirurgie infantile* : M. BONNEFOY, interne; MM. CRÉTAL, externe; DARRAS et TANIEL, externes suppléants; dans le service de M. AUSSET, chargé du cours de *médecine infantile* : MM. LAMOTTE et DORION, internes; MM. FOUQUET et CARPENTIER, externes; dans le service de M. CARLIER, chargé du cours des *maladies génito-urinaires* : M. COLLE, interne; MM. CHEVALIER et CASTELAIN, externes; dans le service de M. DE LAPERSONNE, professeur de *clinique ophtalmologique* : MM. LEBLOND, DUPREZ, externes; SUEUR, externe suppléant; dans le service de M. PATOIR, assurant le service municipal des *filles publiques* : M. ACHERAY, interne; M. GELLÉ, externe; dans le service de M. DOUMER, directeur des services d'*électrothérapie et de radiographie* : M. RANÇON, externe suppléant.

A l'**hôpital de la Charité**, dans le service de M. DUBAR, professeur de *clinique chirurgicale* : MM. LESNE et DUVIVIER, internes; LORGNIER, DANCOURT, HURIEZ, DESCAMPS, externes; LOOTEN, externe suppléant; dans le service de M. COMBEMALE, professeur de *clinique médicale* : M. LECLERCQ, interne; MM. HURIEZ, VERHAEGHE, CAMUS, DEMOULIN, externes; dans le service de M. GAULARD, professeur de *clinique obstétricale* : M. JOUVENEL, interne.

Aux **pavillons Olivier**, service de payants ouvert au corps médical de Lille : MM. BRASSART et BOURNOVILLE, internes; MM. DELATTRE et KNOLL, externes.

A la **clinique laryngologique** de M. GAUDIER : MM. GONTIER DE LA ROCHE et VALENTIN, externes.

Comité central de vaccine du département du Nord

Par arrêté préfectoral, M. le docteur OUI, professeur-agrégé à la Faculté de Médecine, secrétaire-adjoint du Comité de vaccine du département du Nord, est nommé secrétaire du dit Comité, en remplacement de M. le docteur REY, décédé.

Circulaire préfectorale relative aux vaccinations

Nous sommes heureux de pouvoir faire connaître à nos lecteurs la circulaire ci-jointe, dont plusieurs passages présentent pour eux un sérieux intérêt et que M. le Préfet du Nord vient d'adresser à MM. les Sous-Préfets et Maires du département.

MESSIEURS, vous avez reçu, pour être répartis entre tous les vaccinateurs, les imprimés qui doivent servir à établir la statistique des vaccinations et revaccinations opérées en 1899 dans le département du Nord

Aux termes des règlements et du décret du 21 mars 1855, aucun enfant ne peut être reçu dans les écoles, ni dans les salles d'asile, sans la production d'un certificat de vaccine ou la justification qu'il a eu la petite vérole. Cette sage prescription doit être strictement observée.

MM. les administrateurs des bureaux de bienfaisance peuvent aussi aider puissamment à la propagation de la vaccine, en refusant, conformément à l'article 19 de l'arrêté préfectoral du 17 mars 1858, tous secours aux parents qui ne font pas vacciner leurs enfants.

Comme les années précédentes, des récompenses, consistant en médailles d'or, d'argent et de bronze, et livres, seront accordées non seulement aux vaccinateurs, mais encore aux instituteurs, institutrices, directrices de salles d'asile et aux personnes qui se seront fait remarquer par leur zèle et leur dévouement à la propagation de la vaccine. Un crédit de 4.000 francs est inscrit à cet effet au budget départemental.

MM. les Maires doivent aussi, suivant les dispositions des articles 27 et 28 de l'arrêté précité, mandater l'indemnité de 30 centimes accordée aux vaccinateurs pour chaque vaccination ou revaccination faite gratuitement et avec succès.

Il importe que tous les registres et états soient transmis à la Préfecture pour l'arrondissement de Lille, et à MM. les Sous-Préfets pour leur arrondissement respectif, *avant le 1er Mars*, dernier délai. Ces états seront visés par MM. les Maires, qui, d'ailleurs, ont le devoir de se rendre compte des vaccinations opérées dans leur commune.

Je vous serai très obligé, Messieurs, des soins que vous apporterez à assurer l'exécution de ces instructions.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Marseille. — Sont chargés de cours complémentaires : MM. les docteurs GAUTHIER, pour pathologie et bactériologie des maladies exotiques; RAYNAUD, pour l'hygiène, la climatologie et l'épidémiologie coloniales; JACOB DE CORDEMOY, pour l'histoire naturelle coloniale.

Lyon. — Sont nommés après concours : MM. les docteurs BARJON, chef de clinique médicale; PIÉRY, chef de clinique adjoint.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique.— M. le docteur PACHOT; Madame BERTILLON, docteur en médecine.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs DIDSBURY, LENOBLE, LONNER, PROST et TUCKER, de Paris.

Chevaliers du mérite agricole. — MM. les docteurs BINOT et PASTEAU.

Médaille des épidémies. — A. M. le docteur MÉVEL, de Douarnenez, a été décernée la médaille de vermeil; à MM. GAULTIER, LEREBOULLET et POULAIN, internes des hôpitaux de Paris, la médaille de bronze.

Le ministre de la guerre vient du reste de décider, au sujet de ces médailles concédées pour dévouement durant les maladies épidémiques concernant l'armée : que le ruban tricolore, auquel est suspendu la médaille, est

simple pour les médailles de bronze et d'argent, muni d'une rosette tricolore d'un centimètre de diamètre, pour les médailles de vermeil et d'or.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Sicardy, ancien médecin-major ; Marson, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Riquard, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux ; de Richemond, de La Rochelle (Charente-Inférieure) ; Postel, de Louviers (Eure) ; Ancelin, de Monville (Seine-Inférieure).

M. James Paget, Vice-chancelier de l'Université de Londres.

M. Paul Hervieu, de Loos (Nord). Nous adressons à la famille de notre malheureux confrère l'expression de nos sincères condoléances.

Le Comité exécutif du **XIIIe Congrès International de Médecine**, Paris, 2-9 août 1900, a l'honneur de porter à la connaissance du Corps Médical ce qui suit :

1° Une réduction de 50 % sur les chemins de fer français est accordée aux membres du Congrès sur présentation d'une feuille individuelle qui sera envoyée directement à chaque Congressiste. La durée de validité de cette feuille sera de 1 mois, du 25 juillet au 25 août.

2° Pour la question des logements, des arrangements ont été pris avec les principales agences de Logements et Voyages de Paris. Pour tous renseignements, s'adresser directement au bureau du Congrès, 21, rue de l'École de Médecine, Paris.

Pour s'inscrire comme Membre du Congrès, envoyer la cotisation de 25 francs et sa carte de visite au Trésorier du Congrès, le Dr Duflocq, 21, rue de l'École de Médecine, Paris.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du journal.

— **Observations upon the constitution of the diphteria toxin,** par le professeur Ehrlich, extrait de *Transaction of the Jenner Institute.*

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

1re semaine, du 31 décembre au 6 janvier 1900

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	9
3 mois à un an	6	10
1 an à 2 ans	7	8
2 à 5 ans	5	5
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	4	7
40 à 60 ans	5	2
60 à 80 ans	12	6
80 ans et au-dessus	4	4
Total	50	53

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	7	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	1	1	»	»	2	»	6	14	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	6	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	5	24	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	6	»	»	»	»	»	»	6	2	9	»	»	1	»	»	»	»	»	4	26	28
Vauban, 20,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	4	12	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	1	2	»	»	2	»	»	1	»	»	3	12	13
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	7	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	10	4
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	1	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	10	8
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	4
Total	»	8	»	»	»	1	»	2	25	10	17	»	»	9	2	1	1	2	»	27	123	103

N° 158. Quatrième Année, N° 3. Le Numéro : 10 centimes. 21 Janvier 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

ABONNEMENTS. — Nous avons prié nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1900, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté, avant le 15 janvier. A dater d'aujourd'hui, nous faisons recouvrer par la poste, en y ajoutant 0 fr. 45 pour frais de recouvrement.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Fracture spontanée des fémurs dans un cas de tabes supérieur probable

Par M. **Georges Raviart**, ancien interne des hôpitaux, Préparateur d'anatomie pathologique à l'Université de Lille.

OBSERVATION. — P...., Alexis, 64 ans, menuisier, entre à l'infirmerie de l'Hospice général, dans le service de M. le Professeur WERTHEIMER, se plaignant de vives douleurs qu'il localise aux orteils. Nous procédons à son interrogatoire.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 64 ans sans avoir présenté d'autre affection qu'une pneumonie. Sa mère est morte à 64 ans, elle était emphysémateuse.

Trois frères. Deux sont morts à la suite d'accidents, le troisième se plaint depuis cinq ans de crampes nocturnes. (Il nous a été impossible d'obtenir de plus amples renseignements sur ce dernier).

Antécédents personnels. — Pendant l'enfance et l'adolescence rien à signaler. Il est soldat. Puis à 24 ans se marie. Sa femme fit d'abord une fausse couche, puis eut quatre enfants bien portants.

Pas d'antécédents syphilitiques avoués.

A 50 ans, il y a 14 ans, apparurent des douleurs fulgurantes brusques d'apparition, véritables coups d'éclairs; elles étaient très *douloureuses*, duraient plusieurs heures et se présentaient tous les deux ou trois jours. Ces douleurs survenaient particulièrement la nuit et intéressaient le flanc droit, les cuisses, les genoux et les doigts de pied.

En même temps des *crampes* douloureuses et fugaces apparaissaient tantôt dans un mollet, tantôt dans l'autre. Pendant dix années, rien d'autre à signaler. Aucun trouble dans la marche. (Le malade devait, rentrant de son travail, cheminer longuement dans l'obscurité). Pas de vertiges. Pas de troubles gastriques ni intestinaux. Le 5 juillet 1892, vers six heures, le matin, alors qu'il se mettait au travail, et traversait une pièce pour chercher un objet, sans traumatisme aucun, il se casse la cuisse et tombe sur le dos. Fait à noter, depuis quelque temps les douleurs fulgurantes se localisaient plus particulièrement au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite, et, durant la nuit précédant le jour de la fracture, les douleurs avaient été constantes.

On eut dit, selon l'expression du malade, que le col « était pris dans un étau », « qu'on voulait le casser ».

La fracture fut absolument indolore et le malade tombé faisait mouvoir sa cuisse en rotation interne puis externe, sans ressentir aucune douleur, il entendait, nous dit-il, « *son os sonner creux comme s'il n'y avait plus eu de moelle* ».

Relevé, on le conduisit à l'Hôpital de la Charité, dans le service du Docteur DURET, qui diagnostique une fracture siégeant au niveau du col chirurgical du fémur droit. Il est immobilisé et sort 60 jours après de l'hôpital, marchant à l'aide de béquilles.

Disparues le jour de la fracture, les douleurs fulgurantes ne reparurent pas durant le séjour à l'hôpital.

Le 20 novembre 1892, le malade s'approche de la table pour s'asseoir et dîner, quand tout-à-coup, sans traumatisme, le fémur, gauche cette fois, se fracture transversalement en son tiers supérieur et le malade s'abat sur le sur le sol.

Il n'y eut pas cette fois de prodromes, mais par contre le malade ressentit une légère douleur au moment de la fracture.

Nouveau séjour dans le service du Docteur Duret, gouttière, extension continue, puis Scultet, consolidation un peu plus lente que la première fois. Il sort le 13 février 1893.

Durant une année, il doit garder la chambre, étant encore peu solide et très gêné dans sa marche. Le 13 janvier 1894, il entre à l'Hospice général, dans un état de santé relativement bon, ne souffrant plus, marchant à l'aide de béquilles. Durant deux années aucun symptôme à noter. Ce n'est que depuis trois mois que les douleurs se sont remontrées avec les mêmes caractères que primitivement.

Le 12 mai 1897, les douleurs plus intenses que de coutume, localisées aux orteils des deux pieds, accompagnées d'œdème blanc indolore de la même région, amènent le malade à l'infirmerie

C'est un homme de taille moyenne. Cheveux roux, moustaches rousses, yeux bleus. La face est assez maigre, ainsi que le reste du corps.

Motilité. — *Face* ne présente pas l'altération de la motilité, il y a cependant une légère différence de tonicité en faveur des muscles du côté droit.

Bras très amaigris et leur force musculaire est légèrement diminuée. Le sens de l'espace est conservé mais par contre l'*ataxie y est très accentuée*, les petits mouvements sont exécutés avec une grande maladresse ; de plus, les bras, le droit surtout, sont agités d'une sorte de tremblement menu, n'existant pas au repos, non arrêté par la volonté et dont l'amplitude des oscillations n'augmente pas avec l'étendue des mouvements.

Membre inférieur droit, plus court que le gauche de quatre centimètres, est très amaigri. Au niveau du grand trochanter, siège de la fracture, se trouve une masse osseuse très volumineuse que l'on saisit à pleine mains. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont conservés. On sent des frottements lorsque l'on mobilise l'articulation du genou. Force musculaire diminuée.

Membre inférieur gauche est en rotation externe.

Les mouvements de l'article coxo-fémoral sont limités par l'énorme cal osseux qui s'est formé à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du fémur. A ce niveau, et indépendante du cal, se trouve une exostose qui existait peut-être avant la fracture. Le malade ne peut nous renseigner.

Si nous faisons *lever* le malade, il y parvient difficilement, la station debout est difficile à cause de la différence de longueur des deux membres, le pied droit se met en équinisme.

Pas de signe de Romberg.

Si le malade essaie de *marcher*, il le fait très péniblement, mais il n'y a pas d'*ataxie*, il se plaint simplement d'une grande faiblesse dans les membres inférieurs.

Sensibilité. — *Troubles subjectifs*. — Le malade ressent des piqûres toutes les cinq minutes pendant une heure et demie plusieurs fois par jour.

Les jambes sont le siège de vives démangeaisons.

Troubles objectifs. — Toutes les sensibilités sont conservées et plutôt exagérées. Le malade est très sensible au chatouillement.

Réflectivité. — Réflexe pharyngien très exagéré ; réflexe cornéen très exagéré ; réflexe crémastérien conservé ; réflexe patellaire droit exagéré ; réflexe patellaire gauche exagéré cependant un peu moins ; réflexe plantaire très exagéré au point de faire protester le malade contre sa recherche.

Il y a *abolition absolue* du réflexe à la lumière ; ce réflexe est conservé à l'accommodation.

*Signe d'*Argyl Robertson.

Troubles trophiques. — *a*. Malade considérablement amaigri ; *b*. Double fracture spontanée. Cals énormes ; *c*. Craquement dans le genou droit ; *d*. Cutanés : Etat ichtyosique de la peau, particulièrement au niveau des surfaces d'extension.

Quelques taches purpuriques survenant au moindre choc. La palpation prolongée provoque sur l'avant-bras l'apparition d'ecchymoses.

Enfin, de l'œdème dur constitue des « *bosses* », nous dit notre malade, au niveau desquelles surviennent les douleurs fulgurantes. L'œdème précède les douleurs et disparaît pendant leur cours (durée 10 minutes environ).

De même nature était l'œdème des pieds que présentait le malade à son entrée à l'infirmerie ; cet œdème dura sept jours, fut accompagné des douleurs qui disparurent avec lui il y a quelques jours.

Troubles viscéraux. — Rien à l'estomac, ni à l'intestin.

Cœur. — Bruits très frappés, fonctionnement régulier.

Vaisseaux artério-scléreux. — Artères sont sinueuses, athérome non monilifo rme.

Ganglions. — Quelques ganglions dans l'aîne ; mais petits ; gros ganglions dans l'aisselle, au cou ; ganglion épitrochléen gauche.

Appareil urinaire. — *L'analyse complète* des urines n'a rien révélé d'anormal.

Appareil génital. — Le malade nous déclare se comporter très vaillamment malgré ses 64 ans.

Intellect. — N'est pas modifié. Intelligence de petite moyenne.

Ces deux exemples de fractures spontanées et indolores sont bien caractéristiques des trophonévroses. Ce sont bien là, si l'on peut dire, des ostéopathies nerveuses pures, vraies.

A quoi rapporter ces fractures.

Le cancer ne saurait être incriminé ici. Notre malade ne présentait, on l'a vu, aucune des formes du diabète, une analyse minutieuse des urines en fait foi.

Il n'y avait pas d'antécédents syphilitiques avoués. Aucun signe de tuberculose. Pas d'arthrite déformante.

C'est d'ailleurs vers l'état du système nerveux que doivent, nous l'avons prévu, porter nos recherches. Examinant successivement les causes d'arthropathies prévues par BOUGLÉ, dans sa thèse, nous éliminons les plaies des nerfs, la trophonévrose faciale, la sclérodermie, la lèpre.

Quoique le malade ait beaucoup maigri, cet amaigrissement généralisé ne permet pas de songer à l'atrophie musculaire progressive.

S'agit-il de sclérose en plaques ? Outre que les fractures spontanées ne sont pas chose commune dans cette maladie, les nombreux troubles sensitifs présentés par notre malade ne cadrent pas avec ce fait, établi par CHARCOT, que les troubles sensitifs ne font pas partie du tableau clinique de la sclérose en plaques. Les symptômes cardinaux de cette maladie sont d'ailleurs absents ici, depuis l'embarras de la parole et le nystagmus jusqu'au tremblement classique.

Il ne saurait être question de syringomyélie dans cette observation, où il n'existe aucun trouble de la sensibilité objective.

L'aliénation mentale ? nous avons vu que le malade n'en présentait aucun des symptômes. L'embarras de la parole absent, la mémoire intacte, l'intelligence saine, permettent de rejeter l'hypothèse d'une paralysie générale, même débutant.

D'ailleurs, toutes ces affections, la syringomyélie mise à part, ne présentent pas d'ostéopathies nerveuses vraies.

Reste le tabes qui partage avec la syringomyélie le privilège de présenter des fractures de ce genre.

Les caractères mêmes de l'arthropathie, la brusquerie, l'absence complète de réaction douloureuse, locale, l'exubérance du cal sont bien les caractères qu'on s'accorde à attribuer aux arthropathies tabétiques.

D'autre part, c'est bien l'histoire d'un tabétique que celle de notre malade : une période préataxique de quatorze ans, durant laquelle les symptômes sensitifs existèrent seuls. Puis l'ataxie apparaît, frappant seulement les membres supérieurs, en même temps que la vue baisse peu à peu.

Le signe d'ARGYL ROBERTSON est constaté. Les réservoirs restent intacts. Réflexe rotulien conservé, pas d'ataxie des membres inférieurs, ces signes indiquent une localisation supérieure des lésions.

C'est donc probablement à un tabes supérieur que nous avons affaire.

Mais alors, comment concilier l'ostéopathie inférieure avec l'intégrité supposée de l'extrémité correspondante de la moelle ?

C'est ce que nous allons tenter de faire.

Les mouvements désordonnés jadis invoqués par VOLKMANN, n'ont pu produire ici les traumatismes répétés producteurs d'ostéopathies.

WEIR MITCHELL avait soupçonné l'existence de troubles trophiques des os, et TALAMON, en 1878, déclare qu'il s'agit dans la fracture tabétique, d'un amincissement du tissu compact de l'os ; dans notre cas nous avions évidemment une fragilité osseuse qui, seule, était susceptible d'expliquer la spontanéité, c'était l'ostéite raréfiante qui faisait que le malade entendait « son os sonner creux, comme s'il n'y avait pas eu de moelle. »

Pourquoi cette ostéite raréfiante ?

Peut-être pouvons-nous invoquer, dans notre cas, l'irritation nerveuse périphérique, dont parle BRISSAUD, l'altération des nerfs centripètes accusée par MARINESCO, et dire que les douleurs fulgurantes si longtemps prolongées et particulièrement localisées au niveau de l'os plus tard fracturé, représentent bien dans notre cas l'irritation et l'altération nerveuse périphérique qui, pour les auteurs précités, donneraient de la fracture spontanée une explication satisfaisante. De plus cette altération centripète ne portant que sur des filets terminaux et encore non sur tous, on s'expliquera pourquoi plusieurs des signes cardinaux du tabes, et en première ligne le signe de WESTPHAL, fassent défaut dans ce cas.

D'ailleurs, la douleur fulgurante et l'ostéopathie ne sont pas les seuls signes par lesquels se traduit ici l'altération probable des filets nerveux terminaux, l'œdème qui accompagne si souvent les douleurs, l'état ichtyosique de la peau, les crampes relèvent également de la même lésion et si nous y joignons l'amblyopie progressive qui frappait notre malade, nous voyons qu'ici encore, le tabes apparaît, ainsi que le dit DÉJERINE, comme une maladie des nerfs périphériques, sensitifs, sensoriels et moteurs.

Tirage permanent durant depuis deux ans chez une fillette de trois ans et demi. — Troubles de la phonation. — Discussion du diagnostic : Adénopathie trachéo-bronchique probable (asthme ganglionnaire) (1).

Par le Dr **E. Ausset**, professeur agrégé,
Chargé de la Clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille

La petite fille que j'ai l'honneur de présenter à la Société m'a été conduite le 16 octobre dernier pour la dyspnée, la gêne respiratoire énorme, le tirage considérable qu'elle présente et qui attire impérieusement l'attention de tous ceux qui sont dans cette salle.

Cette fillette aurait eu la rougeole, il y a un an. Nous n'avons retrouvé dans ses antécédents héréditaires rien à noter de particulier concernant la syphilis ou la tuberculose.

La mère nous affirme que, vers l'âge de 18 mois, elle s'aperçut que son enfant respirait difficilement. Une fois même, à l'occasion d'une violente colère, elle se cyanosa, présentant une asphyxie apparente très accentuée, et une voisine dut, paraît il, pratiquer la respiration artificielle de bouche à bouche pour la faire revenir.

Depuis l'enfant présente une gêne respiratoire considérable et, de plus, la voix s'est voilée.

Si on examine cette petite malade on constate que le tableau clinique est absolument dominé par les troubles de la respiration : l'enfant, en respirant, fait entendre un bruit intense, absolument analogue à celui que l'on entend chez un enfant atteint du croup. Il existe, en effet, un sifflement inspiratoire, s'entendant à distance, et qui n'est pas du *cornage broncho-trachéal*, mais bien du *cornage laryngien*.

Quand l'enfant est mise à nu, on est également frappé par le tirage très intense qu'elle présente, tirage sus-sternal et épigastrique, réellement énorme, à un tel point que toute la portion inférieure du sternum est, au moment de l'inspiration, comme attiré en arrière, il se forme une dépression épigastrique où on logerait bien une orange et la partie supérieure du sternum semble alors comme bombée. Le nombre des respirations est très diminué et varie entre 12 et 15 par minute ; l'inspiration est considérablement allongée, ainsi que l'expiration qui, elle, est devenue très prolongée.

Les battements du cœur étudiés pendant une de ces expirations prolongées (en en choisissant une très longue, car elles sont inégales), on constate un ralentissement progressif de ces battements, puis, dès le début de l'inspiration suivante, il se fait une accélération brusque suivie rapidement du rythme normal. Pas de bruits anormaux ; la zone de matité est normale. Le pouls bat de 96 à 108 fois par minute.

Tous ces phénomènes de tirage persistent pendant le sommeil. Ils sont seulement un peu moins accentués.

Il n'existe pas de déviation de la colonne vertébrale.

L'enfant ne tousse presque pas ; de temps en temps dans la journée, elle a quelques petites secousses d'une toux sèche, mais tout cela est très court, et réellement ne doit pas attirer profondément l'attention.

Depuis que cette enfant est dans notre service nous n'avons pas observé d'accès de suffocation. Quand nous la forçons à courir, elle devient beaucoup plus gênée dans sa respiration, et le tirage s'accentue ; aussi ne prend-elle pas part aux jeux de ses voisins, elle recherche toujours le calme. Quand elle pleure ou se met en colère, elle tire aussi beaucoup plus fort qu'au repos.

Mais, en somme, nous n'avons pas observé de véritables accès de suffocation diurnes ou nocturnes, comme cela se présente quelquefois chez certains malades.

Cependant la mère prétend qu'à trois ou quatre reprises elle a eu la nuit des accès d'oppression ressemblant à de véritables crises d'asthme. Mais, nous le répétons, nous n'avons pu encore rien observer de semblable depuis un mois et demi que l'enfant est dans nos salles.

Nous l'avons dit tout à l'heure, la voix est rauque, voilée, l'enfant se fait entendre à la condition de chercher à crier. Ce trouble de la phonation existe depuis très longtemps, la mère affirme qu'elle l'a toujours constaté depuis que son enfant « tire ».

L'appétit est excellent ; mais l'enfant mange et boit lentement, elle divise à l'extrême tous les aliments qu'on lui donne. Il n'y a pas de dysphagie, mais il existe très certainement une certaine gêne pour le passage des aliments ; l'enfant s'en plaint et refuse d'avaler des morceaux, gros pour elle, mais de dimensions normales pour d'autres enfants de son âge.

Toute la région cervicale et maxillaire est absolument libre ; pas la moindre tumeur, pas de développement ganglionnaire anormal, tout au plus y a-t-il un peu de micropolyadénopathie.

Pas de bouffissure du visage, pas de cyanose de la face ; pas de gonflement anormal des veines du cou et de la partie supérieure du thorax. Pas de circulation veineuse collatérale dans ces régions, pas d'épistaxis.

Aspect d'un enfant robuste, avec un état général très bon, ne semblant pas souffrir le moins du monde de tous les phénomènes pathologiques que nous venons d'exposer.

La percussion ne nous dénote aucune zone de sonorité anormale, ni exagérée, ni diminuée. A l'auscultation, on entend mal le murmure vésiculaire, mais cela tient évidemment au cornage laryngien qui s'entend, très intense, en auscultant le poumon et qui masque ainsi en partie le

(1) La malade a été présentée à la *Société de Médecine du Nord*, séance du 24 Novembre 1899.

murmure vésiculaire. Toutefois, on se rend compte que cette diminution du murmure vésiculaire n'est qu'apparente et ne doit pas tenir à une compression bronchique, d'abord parce que les deux côtés sont semblables et qu'alors il faudrait supposer une compression égale sur les deux bronches, ensuite parce qu'à certains moments, quand, après un long repos, le tirage est un peu moins intense, on perçoit mieux le murmure vésiculaire, preuve que ce murmure existe bien mais qu'il est seulement masqué en partie par le bruit laryngien.

Au niveau du groupe ganglionnaire correspondant au hile du poumon, dans l'espace interscapulaire, au niveau des trois ou quatre premières dorsales, la respiration est légèrement soufflée, surtout du côté gauche. Là l'expiration, principalement, est un peu soufflante à tonalité aiguë.

En aucun point du poumon nous n'avons entendu le moindre râle.

Notre distingué collègue M. le professeur agrégé GAUDIER a bien voulu examiner le larynx de cette fillette. Le naso-pharynx est absolument bourré de végétations adénoïdes : mais le larynx paraît absolument sain, les cordes vocales ne présentent rien de particulier ; il n'existe pas de tumeur laryngée.

Le 6 novembre dernier M. GAUDIER a curetté le cavum de cette malade, enlevé absolument toutes les végétations. Depuis la dyspnée et le tirage ne se sont pas modifiés ; la voix est toujours voilée, peut-être est-elle un peu moins sourde aujourd'hui qu'il y a un mois.

A quoi sont dus ce tirage *permanent* et cette aphonie *persistante* ? Immédiatement le diagnostic se limite entre : 1° les tumeurs de la région, les tumeurs du larynx ; 2° l'asthme adénoïdien ; 3° l'asthme ganglionnaire, l'adénopathie trachéo-bronchique.

J'avouerai que j'ai longuement pensé à une tumeur implantée sur la muqueuse laryngée ; mais devant l'examen négatif de M. le docteur GAUDIER, nous ne pouvons qu'éliminer ce diagnostic.

On sait que les végétations adénoïdes amènent parfois des phénomènes dyspnéiques très intenses et des troubles de la phonation. J'acceptais difficilement ce diagnostic, car il est très rare d'observer dans ce cas un tirage aussi considérable et surtout aussi permanent, durant depuis deux ans, sans cesser. Comme, en somme, cela ne pouvait que soulager cette enfant de lui curetter son naso-pharynx, il était facile, grâce à cette opération, de voir si les accidents cesseraient après l'ablation des végétations. On voit aujourd'hui que le résultat consécutif à l'opération est absolument négatif.

Nous nous rallions donc à l'idée d'une adénopathie trachéo-bronchique.

On pourrait peut-être nous objecter que la percussion et l'auscultation ne nous ont pas montré l'hypertrophie des ganglions bronchiques. Cette objection n'a en réalité aucune valeur ; en effet, il arrive souvent que l'on trouve des ganglions bronchiques hypertrophiés à l'aide des signes *physiques*, hypertrophie ne se manifestant cependant par *aucun* trouble *fonctionnel* ; de même il existe des cas dans la littérature, où le diagnostic fut fait par les troubles fonctionnels seuls et où il était impossible de trouver la moindre anomalie de percussion et d'auscultation. D'autre part combien d'autopsies fait-on où l'on trouve d'énormes ganglions bronchiques tuberculeux ou non, et cependant ils n'avaient pas été diagnostiqués pendant la vie, grâce à l'absence de tout signe physique et de tout trouble fonctionnel. J'ai l'habitude, dans mon service, de rechercher systématiquement l'adénopathie bronchique. Souvent je l'ai diagnostiquée ; mais que de fois en ai-je trouvé à l'autopsie qui étaient passées inaperçues à mon investigation minutieuse.

Enfin on ne doit pas oublier que les ganglions interbronchiques sont situés très profondément, qu'ils ne peuvent arriver au contact des parois thoraciques. Il résulte que dans les cas où l'hypertrophie portera sur ce groupe, il n'y aura pas de signes physiques appréciables.

Il nous faut maintenant interpréter le tirage et l'aphonie que présente notre malade.

Je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'une dyspnée, d'un tirage occasionné par la compression des grosses bronches par des ganglions hypertrophiés. Je ne crois pas qu'au cours de cette compression on ait jamais signalé des troubles de la phonation comme ceux observés chez notre enfant. D'autre part, pour amener une telle gêne respiratoire il faudrait un rétrécissement considérable des bronches et, dans ces conditions, je crois que nous aurions des phénomènes d'auscultation des plus nets, tels que surtout un souffle bronchique très intense au point rétréci, et une disparition ou une diminution considérable du murmure vésiculaire. J'ai dit plus haut ce que je pensais de la diminution apparente du murmure vésiculaire chez notre malade.

Quoi qu'il en soit, je fais sur ce point quelques réserves en faveur d'une compression des bronches.

Mais je crois surtout que nous avons affaire à une compression du nerf récurrent par un ganglion bronchique.

Cette compression explique l'aphonie ; car, en effet, on sait que les nerfs récurrents contiennent deux ordres de fibres, les fibres vocales et les fibres respiratoires.

Quant au tirage, il tient à notre avis à une contraction spasmodique des muscles adducteurs, les muscles abducteurs étant paralysés par la compression du récurrent que nous avons admise. L'action des adducteurs n'est plus ici contrebalancée par les muscles antagonistes. Cette particularité de la paralysie des abducteurs est chose connue,

elle a même été érigée en loi par DEMON, qui, par ses recherches, a bien montré que les filets moteurs destinés aux abducteurs étaient la plupart du temps seuls intéressés.

Quel traitement faire à cette petite malade? Je crois que nous sommes malheureusement désarmés. Nous lutterons par la révulsion et les toniques contre son adénopathie ; nous lui ferons de la révulsion au niveau de ses ganglions bronchiques sous formes d'applications journalières de teinture d'iode ou mieux de pointes de feu fréquemment répétées.

Mais j'avoue que je ne compte guère sur le bon effet de cette révulsion. Depuis le temps que notre petite malade est atteinte, ses ganglions ont eu le temps de complètement dégénérer, et je crains que notre action révulsive sur eux soit absolument nulle. J'ai meilleur espoir des toniques tels que le sirop de raifort iodé, l'iodure d'arsenic, et le séjour au bord de la mer.

C'est surtout une règle hygiénique sévère que nous devrons lui imposer. Veiller à éviter autant que possible toute infection broncho-pulmonaire sera notre principal objectif, car évidemment, chez elle, une affection aiguë du poumon serait des plus redoutables (1).

(1) Depuis cette communication j'ai voulu voir ce que nous donnerait l'introduction d'un tube endo-laryngé. J'ai tubé cette enfant : en la tubant j'ai bien senti le spasme des adducteurs ; mon tube, bien calibré, a pénétré difficilement et j'ai éprouvé en franchissant les cordes vocales, un ressaut très accentué, indiquant que le spasme était vaincu, Au bout d'une dizaine de minutes, tout tirage a cessé, mais le soir même le tube a été rejeté et le tirage a immédiatement recommencé. La tentative n'a plus été renouvelée ; d'ailleurs l'enfant est sortie de l'hôpital, les parents ayant voulu la reprendre.

De l'emploi du bromure d'éthyle anesthésique comme premier temps de la chloroformisation,

par le Docteur **Gaudier**.

C'est à l'initiative de TERRILLON qu'est due, en France, l'introduction du bromure d'éthyle, SÉRULAS 1824, dans les opérations chirurgicales (1880). A cette époque, l'agent anesthésique fut fort décrié, et pendant sept à huit ans absolument délaissé. En effet, TERRILLON s'en servait alors comme succédané de l'éther ou du chloroforme, pour des opérations de longue durée. Quelques désastres retentissants en arrêtèrent vite la carrière (MARION, SIMS, LEWIS). Cependant PINARD en avait obtenu à doses faibles et pour des anesthésies de faible durée (deux à trois minutes) de bons résultats (1882), mais ce n'étaient que des faits isolés. Depuis, le bromure d'éthyle fut mieux étudié, chimiquement et physiologiquement, et en 1890, CALMETTE et LUBET-BARBON en décrivent minutieusement l'emploi, les indications et contre-indications. De 1890 à 1893, cela a été l'apogée du bromure d'éthyle. Depuis, il est prôné par les uns, abandonné par les autres. Nous sommes de l'avis des premiers, le bromure d'éthyle est un merveilleux anesthésique, mais à la condition de savoir s'en servir. Nous ne parlerons pas ici de son emploi en oto-rhinologie où il a véritablement supprimé la douleur et permis de faire posément des opérations que l'on faisait auparavant au vol, entre deux contractions du patient ; nous ne voulons insister que sur le bromure d'éthyle comme premier temps de la chloroformisation. Déjà le professeur TERRIER avait préconisé, en 1893, ce mode mixte d'administration (POIROU-DUPLESSIS, HARTMANN et BOURBON). En 1894, SEGOND s'en était montré très partisan, mais depuis ce temps, il semble que la méthode soit retombée dans l'oubli, à part quelques rares essais (BROCA, PHOCAS).

La raison de cet abandon tient selon moi à deux causes : la difficulté d'avoir de bon bromure, et la cherté du produit. Mais actuellement on peut avoir des bromures d'éthyle très purs et le prix en est singulièrement abaissé. De nombreux essais faits par nous, et dans les hôpitaux, montrent que l'on peut, en assommant le malade par le bromure d'éthyle et en continuant par le chloroforme, commencer une intervention une minute à une minute et demie après le début de l'anesthésie. Ce n'est pas seulement cet avantage de rapidité qu'il faut considérer, mais que de plus par le bromure on brûle la période d'excitation si dangereuse préchloroformique. En outre le bromure d'éthyle n'amène pas de réflexes du côté des muqueuses du nez et de la gorge, comme le chloroforme ou l'éther ; et, par son action congestionnante des centres nerveux, il contrecarre l'effet déprimant du chloroforme, produisant en quelque sorte le résultat d'une injection d'éther ou de caféine pendant l'anesthésie chloroformique.

Comment doit-on l'employer ? — Le malade, amené sur la table d'opération, doit être absolument préparé avant de commencer l'anesthésie, car dans ce cas, l'acte opératoire suit immédiatement et ne laisse pas le temps, comme le chloroforme, de préparer le champ opératoire avant la complète résolution. Prenant alors une compresse épaisse, videz dessus un flacon de 20 à 30 grammes, et coiffez-en le nez et la bouche du malade sans donner d'air, celui-ci, pendant ce temps, devra être maintenu énergiquement pour l'empêcher d'enlever la compresse. Dites-lui de respirer très fortement. Au bout de deux à trois grandes respirations, la face deviendra vultueuse, et il y aura de l'écume aux lèvres; ne donnez pas encore d'air, jusqu'à ce que la cornée soit insensible, ce qui se fait au bout de cinq à six respirations (30 à 40 secondes) ; les aides sentent en même temps le corps entrer en résolution ; jetez alors la compresse et prenez le chloroforme qu'un aide vous présente : donnez-le, non par gouttes, mais *larga manu* pendant les deux premières minutes. Mais à ce moment, le chirurgien peut déjà commencer (une minute à une minute et demie). Les mâchoires se contractent pendant le bromure, mais pendant le chloroforme, elles s'écar-

tent et on peut prendre la langue, ce qui serait impossible pendant la première minute d'administration au bromure.

Le reste de l'anesthésie, par gouttes, se fait de la manière habituelle.

On résumerait les avantages du bromure d'éthyle en disant qu'il brûle les accidents d'excitation et de syncope du chloroforme, et qu'il permet de gagner de huit à dix minutes sur la durée d'une intervention, ce qui a une grosse importance.

Comme contre indications, il n'y aurait que celle du prix, qui élèverait celui de l'anesthésie totale, mais est ce bien une contre-indication ?

Appendicite d'origine traumatique

Par le médecin principal **Moty**,

professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade opéré d'appendicite d'origine traumatique dont voici l'observation sommaire :

B...., jeune soldat au 19me régiment de chasseurs, entre à l'hôpital militaire de Lille, le 10 décembre 1899. Renversé il y a quatre ans par un chariot de ferme en réparation qui lui tombe sur le flanc droit, il reste alité un mois avec de la fièvre, sans vomissements ; depuis cette époque il conserve au même point une douleur vive s'exaspérant par la fatigue et l'obligeant de temps à autre à s'aliter. L'état général est assez bon, mais il y a de la douleur à la pression au point de MAC-BURNEY et par le toucher rectal profond de la fosse iliaque droite.

La fixité du phénomène me décide à l'intervention. Le 16 décembre, chloroformisation, incision iliaque droite de 12 centimètres. En se portant à la partie inférieure du cœcum qui est tomenteux mais non adhérent, on sent un noyau dur constitué par l'appendice adhérent au côté externe du cœcum et replié sur lui-même par une coudure brusque placée au niveau de son dernier tiers.

On réussit à libérer la base de l'appendice et à l'écraser entre les mors d'une pince ; une première ligature double au catgut est posée au point écrasé, et une seconde un peu plus bas ; puis, l'appendice est sectionné au thermo cautère entre la pince en T et la deuxième ligature qui se détache, sous l'action de la chaleur; on libère ensuite, avec quelque difficulté, le méso complètement adhérent, on le lie au catgut et on le sectionne également au thermo-cautère; puis, on dégage le tout avec les doigts au moyen de tensions douces, en posant une pince sur une artériole qui donne un peu, on résèque ensuite un paquet épiploïque peu attiré, qui se présente dans la plaie ; on ébouillante les adhérences libérées et après hémostase complète par torsion des artérioles, on réunit par un triple surjet au catgut pour le péritoine, la paroi musculaire et l'aponévrose du grand oblique ; un drain moyen est laissé en rapport avec le foyer des adhérences et la peau suturée au crin de cheval.

Suites très simples d'abord ; mais le 22, après l'ablation du drain, deux ascensions thermiques vespérales séparées par un jour d'intervalle et qui tiennent peut-être à une faible contamination de la plaie (compresse de sublimé et imperméable, sulfate de quinine 8 décigrammes). Suites tout à fait simples, ensuite.

1re selle le 26 et chute définitive de la température ; ablation des crins le 8 janvier; réunion complète.

L'appendice était complètement oblitéré au niveau de la coudure et très atrophié dans sa partie terminale; il ne renfermait pas de corps étranger.

Cette observation est un exemple d'appendicite d'origine traumatique apparente ; je dis apparente car il n'est pas certain qu'il n'y eut pas, au moment de la contusion, une appendicite chronique latente ; mais cette dernière condition est douteuse, tandis que le traumatisme est certain.

Il est à noter, en second lieu, que les symptômes présentés par le malade à son entrée, n'avaient rien de caractéristique et qu'il n'avait jamais présenté les symptômes classiques de l'appendicite aiguë ; la seule persistance de la douleur inter iléo-ombilicale m'a décidé à intervenir.

Enfin, les résultats sont bons au point de vue de l'intégrité de la paroi ; l'ébouillantage des adhérences et l'emploi d'un gros drain m'ont permis plusieurs fois d'obtenir, dans des cas fort compliqués, une réunion semblable à celle de l'opéré que je présente, et le procédé dont j'ai indiqué le détail dans l'*Echo médical du Nord* du 10 décembre 1899 me donne des résultats de plus en plus satisfaisants.

Le malade qui fait l'objet de l'observation ci-dessus, est sorti de l'hôpital le 18 janvier par congé de trois mois ; interrogé à plusieurs reprises, il affirme n'avoir ressenti aucun trouble des voies digestives avant l'accident qui paraît avoir déterminé l'appendicite, le terme d'appendicite est donc parfaitement justifié.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. P. FRANCK. Les courants galvaniques appliqués sur le crâne intact exercent une action sur la circulation cérébrale.

Société de Chirurgie. — M. POTHERAT n'a obtenu aucun résultat de la médication thyroïdienne dans les fractures.

Société de Biologie. — MM. BEZANÇON et LABBÉ ont pu mettre expérimentalement en évidence un point important de pathologie générale. Si après avoir créé chez un lapin une arthrite infectieuse, on inocule le microbe spécifique de cette arthrite à une série de lapins, cet agent pathogène reproduira dans la grande majorité des cas, la lésion articulaire primitivement créée.

Société médicale des Hôpitaux. — MM. THOMOT et GIROT ont observé un cas d'œdème malin charbonneux des paupières, avec guérison spontanée.

Variétés & Anecdotes

Alcoolisme et dipsomanie chez la femme (1).

Chez les dames du monde, on ne rencontre qu'assez rarement l'alcoolisme des gens du peuple, l'ivrognerie brutale et répugnante, aux manifestations extérieures bruyantes et visibles : chez elles, c'est la plupart du temps l'ivresse des gens comme il faut, l'ivrognerie discrète et honteuse; elles s'affichent moins et boivent un alcool plus fin : toute la nuance est là.

Quelle curiosité maladive les pousse à s'alcooliser à leur tour comme les femmes du peuple? Peut-être cherchent-elles des sensations nouvelles!

Quelques-unes possèdent ce don spécial de méconnaître la qualité et éprouvent la joie de plutôt descendre, comme le faisait récemment remarquer un délicat psychologue féminin. Elles étouffent dans cette atmosphère de bienséance et d'irréprochable correction, elles se délectent à des vulgarités et ont l'instinct, l'amour, la nostalgie de ce qui serait plutôt canaille.

Parfois elles boivent par ennui, par désœuvrement, sans motif.

D'autres fois, et plus souvent qu'on ne le croit, elles boivent pour se consoler. A l'origine de la plupart des cas d'alcoolisme féminin, il y a presque toujours quelque grand chagrin, quelque poignante tristesse. Elles ont presque toutes vécu leur tragique et douloureux roman, ce roman de la vie auprès duquel pâlissent souvent les romans des livres. Et c'est pour cela que souvent elles méritent cette pitié, sœur du pardon. Ne soyons pas trop durs pour elles, car nul de nous ne sait ce qu'elles ont souffert avant d'en arriver là.

A l'origine elles ont résisté à l'horrible tentation. L'alcool répugnait à leur délicatesse native. Avaient-elles l'inconsciente sensation qu'en s'empoisonnant elles-mêmes, elles empoisonnaient en même temps les enfants qui devaient naître d'elles? Nous avons appris des naturalistes, dit Tarde, à quel point le moule antique de la race est toujours gardé par le sexe féminin. Un jour le courage leur a manqué de lutter plus longtemps et elles se sont abandonnées tout entières et sans remords au démon tentateur qui les guettait.

Legrand du Saulle signale les excès alcooliques que commet parfois la femme enceinte. D'après lui, cette situation, comme la dipsomanie, peut atténuer ou anéantir la culpabilité.

Chez la jeune fille, comme chez le jeune garçon, l'établissement de la puberté constitue souvent, à côté de l'hérédité qui est presque toujours une cause déterminante, une cause physiologique de l'alcoolisme. Moreau de Tours a bien montré que chez les héréditaires, les jeunes filles surtout, à l'époque de la puberté, il se produit de véritables accès de ce désir alcoolique intermittent auquel on a donné le nom de *dipsomanie.*

Presque toujours, dit le Dr Antony Rodiet, le dipsomane est un prédisposé. « Les jeunes filles sont sujettes à cette folie impulsive, surtout au moment où la puberté se déclare et, fait intéressant, les manifestations de la maladie peuvent disparaître ensuite complètement pour ne reparaître que beaucoup plus tard, à l'époque de la ménopause. »

Le Dr Icard et Moreau de Tours citent des cas fort curieux concernant les jeunes filles des classes aisées. Ce ne sont là que des faits rares, dit le Dr Antony Rodiet; bien plus fréquentes pour venir en aide à l'hérédité sont les causes d'ordre moral et d'ordre social.

Le Dr Gallavardin cite le cas d'une jeune dame de vingt-huit ans, qui s'enivrait depuis six ans avec de l'eau-de-vie, à tel point que son mari voulut demander la séparation de corps. Elle avait contracté cette habitude vicieuse pendant une première grossesse et depuis lors l'avait continuée. Le même auteur signale encore deux cas fort curieux.

***

La question de l'alcoolisme chez la femme a fait l'objet d'une étude fort intéressante publiée dans le *Til Bits*, une des plus curieuses revues anglaises. En août 1894, les tribunaux de police de Londres avaient condamné environ 2000 ivrognes, hommes et femmes; brusquement, sans qu'aucune raison sérieuse vint expliquer cette augmentation, ce chiffre fut porté à 3.000 pour le mois d'août 1895. Cette révélation produite au lendemain du pétitionnement organisé dans les associations de tempérance en vue de faire interdire la vente au détail des spiritueux chez les pâtissiers, les épiciers et les confiseurs, causa un vif émoi en Angleterre. Un rédacteur du *Til Bits* eut l'idée d'aller consulter à ce sujet un médecin fort connu qui possède une nombreuse clientèle mondaine dans le West End.

What women will do for drink, c'est-à-dire : *Ce dont les femmes sont capables pour se procurer à boire*, tel est le titre de l'article qui résume la conversation que le rédacteur a eue avec le médecin londonien. L'article fit sensation et fut signalé sur toutes les murailles de Londres par un affichage spécial.

« Oui, déclara le médecin, il est vrai que la dipsomanie fait actuellement des progrès effrayants, spécialement parmi les classes supérieures. Dans les couches inférieures de la société, parmi les natures non raffinées, l'amour de la boisson s'explique aisément; dans les couches supérieures dont l'éducation et la culture sont fort soignées, c'est positivement une manie, un penchant maladif.

» J'ai actuellement entre les mains environ trente clientes que je soigne pour dipsomanie. Pendant huit ou neuf ans, j'ai fait de cette question l'objet d'une étude spéciale et j'ai appris ainsi une foule de renseignements curieux sur la façon dont les dipsomanes s'y prennent pour se procurer des boissons alcooliques.

(1) Extrait des *Archives d'Anthropologie criminelle* (Paris, 15 mars 1899).

» J'ai eu des clientes, des *ladies* de la plus haute société, à qui ont refusait de l'alcool chez elles et qui, sous un déguisement, se rendaient pour boire dans les tavernes de bas étage; mais ces cas constituent des exceptions. En général elles se procurent à boire au moyen de l'un ou l'autre expédient. Ainsi, par exemple, beaucoup de dames possèdent des provisions secrètes et emportent ostensiblement avec elles de petites quantités d'alcool dans des flacons à odeur. Le flacon étant caché dans un mouchoir, elles n'ont qu'à porter le mouchoir à leur nez; elles peuvent ainsi aisément boire tout le contenu du flacon sans qu'aucune des personnes assises auprès d'elles s'en aperçoive.

» Beaucoup de dipsomanes possèdent des objets inventés spécialement pour elles. L'autre jour, pour ainsi dire sous mon nez, je vis une de mes clientes se rafraîchir en portant à la bouche un objet qui avait toute l'apparence d'une bourse. En réalité c'était une petite bouteille en argent ressemblant à ces longues bourses fort à la mode pendant cette saison et soigneusement recouverte de manière à imiter le cuir. A l'une des extrémités, il y a une tubulure qui s'ouvre sous la pression. Comme vous le voyez, ma cliente pouvait tenir ostensiblement la bourse contre ses lèvres, comme il arrive souvent aux dames qui regardent des objets à la devanture d'un magasin; en réalité elle ouvrait la tubulure en la pressant contre ses dents et avalait le contenu de la bouteille. C'est une invention très adroite. La bouteille contient environ un quart de pinte.

» Vous avez certainement vu, si vous ne les avez pas goûtés, ces bonbons remplis de différentes espèces de liqueurs, surtout de rhum et de whisky. Ils sont fort à la mode chez les dipsomanes. En apparence c'est la chose la plus innocente du monde que d'avaler quelques bonbons dans sa loge, au théâtre. Et cependant il n'y a pas de quoi plaisanter. J'ai vu au théâtre des dames qui, pendant toute la soirée grignotaient ces bonbons diaboliques; or, ils contiennent une quantité de liqueur beaucoup plus considérable que celle qu'un homme voudrait boire. J'ai connu des personnes qni se sont complètement enivrées en les avalant.

» Quelques-unes des plus grandes dames de l'Angleterre se se procurent à boire chez leur tailleur, secrètement, cela va sans dire. Vous pouvez dire que vous tenez la chose de moi, si vous le voulez, mais je vous prie de ne pas citer mon nom. Dans beaucoup de cas, c'est dans cette préoccupation beaucoup plus que dans le souci de leur toilette qu'il faut trouver la raison de leurs nombreuses visites chez les tailleurs. Je pourrais vous citer trois tailleurs du *high life* chez qui les dames peuvent se procurer à boire, non pas du thé, mais des spiritueux. Je tiens cela de mes clientes qui me l'ont souvent avoué.

» Oui, tous mes cas de dipsomanies concernent des dames. Je me l'explique difficilement à moi-même. Quand une dame est décidée à se procurer de la boisson, il n'y a rien à faire pour l'en empêcher. Elle emporte journellement avec elle tant d'objets différents qu'il lui est très facile de trouver un moyen de transporter de la boisson. En Amérique, où la dipsomanie règne aussi fort qu'ici, il existe un moyen très commun qui consiste à placer une bouteille dans un manchon. La dame qui tient les deux mains dans le manchon peut aisément enlever le bouchon et alors portant le manchon à la figure, comme les dames le font souvent, elle peut boire tout le contenu de la bouteille sans que personne s'en doute.

» Beaucoup de dames s'apercevant qu'elles ont un penchant à la dipsomanie essaient de le dominer, mais il faut une volonté de fer pour se rendre maître d'un vice aussi puissant. Maintes fois des dames sont venues chez moi me suppliant de les guérir; or, quelques minutes plus tard, elles se remettaient à boire.

» Un jour, je reçus la visite d'une dame de la haute société dont le nom vous suffoquerait si je vous le disais; les larmes aux yeux, elle me demanda de la guérir : or, pendant tout le temps qu'elle causait avec moi, elle buvait du whisky d'un petit flacon à odeur qu'elle cachait dans son mouchoir.

» D'autres, au milieu de la visite, pendant que je conversais avec elles, buvaient, de l'air le plus innocent du monde, le whisky qu'elles avaient dissimulé dans le manche de leur parapluie.

» Comme conclusion, je vais vous raconter un cas étrange que j'ai découvert finalement sur les instances du mari d'une dame. Tout le monde ignorait de quelle façon elle se procurait à boire; les domestiques avaient reçu des ordres formels pour ne pas lui servir à boire; tous les spiritueux de la maison étaient enfermés dans une armoire dont le mari gardait la clef. On avait fait suivre la dame dans ses promenades pour voir si elle se procurait à boire au dehors, mais on n'avait rien découvert. Or, il était certain qu'elle obtenait des boissons alcooliques, car elle se trouvait souvent sous leur influence. Il était impossible de découvrir comment elle s'y prenait.

» Un jour, alors que j'avais presque perdu tout espoir, je remarquai, au sortir de la maison, une pile de livres qui venaient précisément d'être apportés par le commissionnaire d'une librairie. Il me vint une inspiration subite; peut-être même n'était-ce qu'une curiosité inconsciente : je retournai les livres et je vis que c'étaient deux volumes d'un même ouvrage; je détachai la bande et je les pris en mains; je découvris alors tout le mystère. Un des deux volumes pesait deux fois plus que l'autre; il ressemblait admirablement à un livre, mais ce n'était qu'un récipient qui contenait une forte quantité de spiritueux.

» Je rentrai dans la chambre de ma cliente en compagnie de son mari et je lui demandai des explications. La pauvre femme se mit à sangloter comme un enfant, quand elle s'aperçut que sa ruse était découverte. Elle avoua alors qu'elle avait gagné à prix d'argent le commissionnaire de la librairie et avait obtenu de lui qu'il apportât à boire. Il est presque impossible de croire qu'une dame de la bonne société puisse s'abaisser jusqu'à ce point.

» Nous lui fîmes voir à quel degré de dégradation elle était tombée et travaillâmes sur son esprit avec un tel succès que, quoique son cas fût alors désespéré, elle est devenue une des femmes les plus sobres de Londres. »

***

Au dernier Congrès d'anthropologie criminelle tenu à Genève (1897), le professeur FOREL, de Zurich, a fait cette judicieuse observation :

« Les femmes n'avouent que très rarement leurs excès de boisson. En général, elles nient avec acharnement, souvent même quand elles sont prises en flagrant délit. »

Le 1er octobre 1898, *Tit Bits* revenait à la charge et publiait un intéressant article intitulé : *Trucs ingénieux employés par les buveuses secrètes.*

» Les personnes secrètement adonnées à l'intempérance, ou à l'usage d'intoxicants, deviennent souvent aussi rusées et habiles qu'un prestidigitateur dans les moyens qu'elles emploient pour cacher leur vice.

» Ainsi, une dame de haut rang, ayant perdu un de ses doigts, imagina d'en faire confectionner un, artificiel, et très habilement adapté à la main : la jointure était dissimulée par une large bague d'un grand prix. Ce faux doigt était curieux, et contenait une drogue fortement intoxicante; un mince tuyau aboutissait sous l'ongle et était caché par ce dernier. Milady était ainsi à même de prendre un stimulant sans éveiller le moindre soupçon, et en posant simplement le doigt sur la bouche d'un air indifférent et rêveur. La bague, elle aussi, jouait ici un rôle : en la pressant légèrement, un ressort actionnait un minuscule couvercle qui fermait le tuyau, et le tout reprenait un aspect naturel.

» Un éventail, ayant appartenu à une autre buveuse, était une véritable œuvre d'art dans son genre. La partie supérieure de l'éventail, c'est-à-dire le cadre, est fort épaisse et, en même temps, creuse; le manche doit simplement être pressé, et, tandis que la propriétaire ramène l'éventail devant sa bouche, d'un geste élégant et bien féminin, elle peut se réconforter à l'aise et sans attirer la moindre attention. Comme un petit couvercle, muni d'un ressort, ferme le tube qui amène la liqueur à ses lèvres, la belle dame ne craint pas d'être trahie. Ce bel éventail la suit partout, au milieu des bals et des fêtes et est, naturellement, toujours adapté aux modèles de la dernière mode.

» Une très jolie fille américaine, buveuse invétérée d'eau-de-vie, consacra de fortes sommes au moyen qu'elle employa pour cacher sa faiblesse. Elle affectait d'aimer énormément les raisins noirs et fit confectionner une grappe artificielle à prix d'or. Chaque grain de raisin était fait d'une fine peau de gutta-percha ou de baudruche, colorée convenablement et pouvait être rempli de liqueur à volonté. Lorsqu'elle avait absorbé le contenu de chaque grain, elle cachait la peau dans son réticule, et conservait la tige et les branchettes de la même manière. Naturellement la tige était fausse aussi et chaque brindille était munie d'un minuscule anneau à ressort qui maintenait chaque grain, rempli de liqueur, solidement en place. Cette fausse grappe accompagnait la jeune fille partout, et pendant des années défia la perspicacité de ses plus intimes amis. Pour détruire l'odeur qui aurait pu la trahir, la jeune fille mâchonnait des pastilles odoriférantes.

» Ce qui pourrait paraître plus ingénieux encore, c'est peut-être le faux buste qu'on arrangea pour une des belles de la haute société londonienne.

» Cette dame possédait une fort jolie figure; mais, malheureusement son cou était fort décharné et elle n'avait que peu ou point de gorge; de manière qu'il lui était impossible de paraître dans le monde en toilette décolletée.

» Le faux buste fut confectionné en une peau de chevreau extrêmement fine et douce, et colorée délicatement en rose; un système de ressort habilement arrangé sur la poitrine de milady permettait de simuler parfaitement le mouvement respiratoire. La soudure du cou avec le faux buste était cachée par un large collier de perle, et, comme la dame se poudrait la figure avec profusion, le faux buste était poudré de même et échappait aisément à la détection. Dans ce buste, toutefois, était caché un flacon, surmonté d'un mince chalumeau, lequel venait se perdre dans les gros bouillons de dentelle du corsage, près de l'épaule. Il lui était aisé, dans ces circonstances, de cacher sa tête derrière son éventail et d'aspirer la liqueur réconfortante sans attirer l'attention. Par surcroît de précautions, le bout du chalumeau était surmonté d'une rose ou de quelque autre fleur. Aussi cette buveuse incorrigible réussit pendant longtemps, dit on, à cacher son vice.

» L'intérieur d'un piano a été employé plus d'une fois également, comme réceptacle, par des buveurs désireux de cacher leur faiblesse. Ainsi la femme d'un acteur célèbre possédait un faux piano qu'elle tenait fermé à clef, et dont l'intérieur était garni de tablettes en étagère sur lesquelles étaient rangées les bouteilles. Et pourtant son mari ne la soupçonnait pas d'habitudes d'intempérance. »

Un autre chroniqueur, parlant des habitudes d'intempérance des femmes anglaises de la bonne bourgeoisie, a dit encore à ce propos :

» L'amour de la boisson fait des progrès effrayants parmi elles. Depuis que les épiciers sont autorisés à vendre des spiritueux en détail, l'habitude de boire en secret s'est répandue. Non seulement des bouteilles de whisky ou de gin se glissent parmi les fournitures que le négociant en denrées coloniales expédie au logis de ses clientes ; mais dans l'arrière-boutique de nombreux magasins de pâtissiers, on rencontre des *bars pour dames*, où celles-ci entrent furtivement et consomment des vins capiteux d'Espagne et du Portugal, ou bien des grogs dans lesquels l'eau-de-vie et le rhum entrent en plus forte proportion que l'eau. Un commerçant dont le magasin était situé tout près d'un établissement de ce genre, dans un des

faubourgs de Londres, habité principalement par des négociants connus de la Cité, exprimait avec une certaine véhémence son opinion sur ce qui se passait chez son voisin : « Monsieur, » disait-il, c'est positivement dégoûtant. Ces endroits-là ne » valent pas mieux que des cabarets. On montre au doigt une » femme qui est dans un caboulot ; mais ici, des dames vien- » nent et boivent du sherry ou du champagne en plus grande » quantité qu'il ne leur convient et personne n'y fait attention. » Je vous assure que j'ai vu des dames élégamment vêtues et » ayant l'air le plus respectable du monde sortir de ces endroits » complètement ivres. »

***

Cette triste situation est loin d'être spéciale à l'Angleterre et à Londres. Il en est un peu de même partout.

A Bruxelles, notamment, le mal, sans être aussi grave qu'à Londres, semble faire des progrès considérables.

« On se rappelle sans doute, disait récemment un journal bruxellois, le pétitionnement organisé en Angleterre, il y a dix-huit mois, par les sociétés de tempérance en vue de chasser l'alcoolisme des boutiques des pâtissiers. De sagaces observateurs, raconte un journal anglais, avaient remarqué que beaucoup de dames du meilleur monde, qui se croiraient perdues de franchir le seuil d'un public-house, ne se faisaient pas faute de pénétrer chaque jour chez plusieurs pâtissiers, non pour tremper leurs lèvres roses dans une coupe de crème parfumée ou pour grignoter une friandise, mais pour y avaler entre deux visites une quantité excessive de spiritueux. Les pétitionnaires, qui n'exagéraient rien, demandaient aux magistrats de police d'interdire dans les pâtisseries la vente au détail des boissons alcooliques. Ils échouèrent.

» Nous n'en sommes pas là, à Bruxelles. Ce n'est pas que nos élégantes fassent fi, l'après-midi, au cours de leurs visites, d'un léger porto dégusté chez le pâtissier à la mode. Mais un seul verre leur suffit généralement et elles ne dépassent guère cette mesure que dans de rares occasions, comme, par exemple, quand elles se rencontrent au buffet avec une amie qu'elles n'ont pas vu depuis trois jours.

» C'est qu'alors aussi on a tant de choses à se raconter ! Le temps passe et deux, parfois trois légers portos se succèdent sans qu'on y pense.

» Des maris grincheux nous ont plus d'une fois engagés à protester contre cet aimable distraction, qui nuit considérablement, à ce qu'ils prétendent, à la bonne tenue de leurs ménages.

» En vérité, il leur sied bien de protester ! Est-ce qu'ils se gênent, eux, pour passer toutes leurs soirées au cercle ou au cabaret ? Est-ce que la bonne tenue de leurs ménages, dont ils se montrent si soucieux, n'a pas plus à souffrir de leurs bières fortes et de leurs grogs que du léger porto que leurs pauvres petites femmes s'accordent de temps à autre ? »

(*La France Médicale*) De Ryckère.

NOUVELLES & INFORMATIONS

1er Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale (Paris, 23 au 28 juillet 1900).

Extraits du Règlement

Art. 3. — Seront *membres titulaires* du Congrès les médecins qui auront adressé leur adhésion au trésorier avant l'ouverture de la session, ou qui se feront inscrire pendant la durée de celle-ci et qui auront acquitté la cotisation dont le montant est fixé à *quinze francs*. Seront admis aussi comme membres titulaires et aux mêmes conditions (cotisation de quinze francs) les conseils judiciaires des Syndicats médicaux et des Sociétés de médecine.

Les *membres titulaires* du Congrès auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Outre les membres titulaires, pourront faire partie du Congrès à titre de *membres participants* : les femmes de congressistes et les étudiants en médecine.

Ces membres participants payeront une cotisation de *dix francs*.

Les membres du Congrès ont seuls le droit d'assister aux séances, qui ne sont pas publiques. Les membres de la Presse recevront sur leur demande une carte d'entrée personnelle.

Art. 4. — Les membres du Congrès recevront une carte (carte de membre titulaire ou carte de membre participant) qui leur sera délivrée par les soins de la Commission d'organisation.

Ces cartes sont strictement personnelles.

Toute carte prêtée sera immédiatement retirée.

Outre leur carte, les adhérents au Congrès recevront un exemplaire du Règlement du Congrès. Un programme définitif sera distribué aux congressistes avant l'ouverture des travaux.

Les cartes d'adhérent au Congrès donnent droit à un exemplaire des rapports imprimés d'avance qui seront distribués avant l'ouverture des travaux, et à un exemplaire des comptes rendus du Congrès.

Art. 9. — Les travaux présentés au Congrès sont de deux ordres : des *rapports* imprimés et distribués à l'avance et des *communications*. Les rapports seront imprimés en français ; les communications pourront être faites en français, en allemand ou en anglais.

Art. 10. — Aucun travail ne peut être présenté en séance, ni servir de point de départ à une discussion, si l'auteur n'a communiqué d'avance à la Commission d'organisation le manuscrit des rapports avant le 1er janvier 1900, et le résumé ou les conclusions des communications avant le 1er juillet 1900. Les adhérents au Congrès sont priés d'observer ces délais, afin de laisser à la Commission le temps d'imprimer les rapports et celui d'examiner et de classer les communications. Passé ces délais, l'insertion des communications au programme définitif risquerait de ne pas être faite à temps ; l'exposé et la discussion de ces communications pourraient ne pas avoir lieu.

Art. 11. — Les orateurs ne pourront occuper la tribune pendant plus de quinze minutes, ni parler plus de deux fois dans la même séance sur le même sujet, à moins que l'assemblée, consultée, n'en décide autrement.

Avis important. — Les rapports, imprimés en français, seront accompagnés d'un résumé en allemand et en anglais.

Les communications qui seraient faites en toute autre langue

que le français devront être immédiatement suivies d'un court résumé en français, lu en séance et destiné à être imprimé aux comptes rendus.

Adresser cotisation et s'inscrire, pour communication, auprès de M. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard St-Germain, Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le médecin principal Reverchon, de l'hôpital militaire de Lille, est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

Soutenance de thèses

M. L.-V.-F.-M. Arnal, de Livinhac-le-Haut (Aveyron), a soutenu avec succès, le samedi 13 janvier, sa thèse de doctorat (5e série, n° 147), intitulée : **De la tuberculose testiculaire et de ses divers traitements chez l'adulte et chez l'enfant.**

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Chevaliers. — MM. les docteurs Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Montpellier ; Gélineau, ancien médecin de la marine.

Officier de l'Intsruction publique. — M. le docteur Caux, agrégé près la faculté de médecine de Lyon.

Officier d'Académie. — MM. les docteurs Bordier, Boyer et Moreau, agrégés près la faculté de médecine de Lyon.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Grognot, de Cholet (Maine-et-Loire) ; Marchal, ancien adjoint au maire de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Chambard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), mort du tétanos expérimental ; Cassin, d'Avignon (Vaucluse) ; Gensollen, de Sollièspont (Var) ; Marcus, médecin-major à l'école de service de santé de Lyon ; Vacher, de Lyon (Rhône) ; Nérat, de Paris ; Brion, médecin en chef de la marine, en retraite.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

2me semaine, du 7 au 13 janvier 1900

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	»	7
3 mois à un an	11	4
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	1	5
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	5	3
20 à 40 ans	6	10
40 à 60 ans	13	10
60 à 80 ans	14	10
80 ans et au-dessus	2	4
Total	57	56

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	7	11	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	10	16	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	2	3	»	»	5	»	»	»	»	»	7	22	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	2	2	2	»	»	3	»	»	»	»	»	3	14	29
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	»	4	»	»	»	»	»	5	13	8
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	5	9	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	5	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	4	11	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»
Sud, 5,908 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	1
Total	»	5	»	»	»	»	»	4	19	7	8	»	»	21	»	»	»	1	»	48	113	110

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 159. Quatrième Année, N° 4. Le Numéro : **10** centimes. 28 Janvier 1900

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La Balnéation dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants (1),

par le Dr **E. Ausset,** professeur agrégé,
chargé de la clinique infantile à l'Université de Lille.

La gravité de la fièvre typhoïde est, a-t-on dit maintes fois, beaucoup moindre que chez l'adulte. Cette proposition est vraie, si l'on étudie les faits pris dans leur ensemble ; mais quand on y regarde d'un peu plus près, on est parfois surpris de trouver des séries de cas où la gravité surpasse au contraire de beaucoup celle de la fièvre typhoïde des adultes. C'est que cette gravité dépend surtout de l'âge des petits malades, et si la mortalité globale est souvent moindre dans l'enfance qu'à l'âge adulte, c'est parce qu'heureusement la fièvre typhoïde est plus rare dans la première que dans la seconde enfance. Et à ce propos, je répondrai ceci à M. VARIOT : il se demande si la rareté de la fièvre typhoïde du nourrisson n'est pas seulement apparente et si beaucoup de cas ne passent pas inaperçus. A mon avis c'est là une erreur. En effet, dans mon service j'ai malheureusement une énorme mortalité de nourrissons par athrepsie, entérites, tuberculoses généralisées, etc... Je fais *toutes* les autopsies. Eh bien je n'ai pas trouvé un seul cas méconnu de fièvre typhoïde de nourrisson. J'affirme donc que la fièvre typhoïde est très rare chez le nourrisson.

Ce qui prouve bien qu'un des facteurs les plus importants de la gravité réside dans l'âge de l'enfant, c'est que les statistiques qui comportent un certain nombre de cas dans la première enfance sont toujours plus chargées dans leur mortalité que celles qui ne contiennent que des cas de seconde enfance.

Depuis 1896, je n'ai pas eu l'occasion de voir un grand nombre de cas fièvre typhoïde; je n'en ai eu que 45, 33 dans mon service d'hôpital et 12 dans ma clientèle privée. Cependant l'étude de ces 45 cas présente, au point de vue du pronostic et du traitement, un intérêt que je tiens à faire ressortir.

Sur ces 45 cas, j'ai eu 6 décès (à l'hopital, 3 en 1898 et 3 en 1899). Le pourcentage global de ces 45 cas en ce qui concerne la mortalité est donc assez élevé puisqu'il donne 13,3 °/o.

Mais ce tableau va immédiatement nous montrer ce qui charge ainsi ma statistique :

	Nombre de cas	Décès
de 0 à 5 ans	4	2
de 5 à 12 ans	29	2
de 12 à 15 ans	12	2

On le voit, c'est au-dessous de cinq ans que la fièvre typhoïde est grave.

Sur les quatre cas que j'ai observés, à cet âge, tous dans mon service d'hôpital (un en 1897, deux en 1898, un en 1899), deux se sont terminés fatalement. La proportion est donc ici de 50 °/o.

Si nous passons à la seconde enfance et si nous faisons un groupe pour les enfants de 5 à 12 ans, on voit

(1) Communication du 9 janvier 1900, à la *Société de Pédiatrie de Paris*, discussion ouverte à la suite d'une communication de M. GLENARD, de Lyon.

que sur 29 cas, je n'ai eu que 2 décès, soit 6,8 0/0. C'est une proportion un peu supérieure à celle de M. Glénard, mais qui est encore bien inférieure au pourcentage de mortalité des adultes.

A partir de 12 ans, la fièvre typhoïde revêt de plus en plus le type anatomique et clinique de l'adulte, aussi sur les 12 cas que nous avons observés avons-nous eu 2 décès, soit 16,6 °/₀.

En somme, dans la seconde enfance, jusque vers douze ans, la fièvre typhoïde est bien moins grave que chez l'adulte, bien que cependant il faille tenir grand compte d'une mortalité de 6,8 °/₀, chiffre encore assez élevé.

En revanche, dans la première enfance, elle acquiert un caractère tout particulier de gravité et est très souvent mortelle.

A mesure qu'on se rapproche de l'âge adulte, elle reprend les allures qu'on lui connaît chez ces adultes.

Le nourrisson succombe habituellement à l'intoxication ; il est sidéré par l'infection et l'intoxication typhiques et meurt souvent très vite, *malgré la balnéation systématique*.

L'anatomie pathologique me paraît fournir à elle seule les raisons les plus importantes du taux relativement inférieur de la mortalité par fièvre typhoïde dans la seconde enfance. On sait, en effet, qu'à cet âge le cœur, le foie, les reins sont à peu près intacts ; ils n'ont pas encore subi les atteintes des intoxications multiples qui les assaillent durant notre vie ; ce sont des organes à peu près neufs, qui fonctionnent par conséquent bien mieux que ceux d'une machine ayant déjà beaucoup servi et qui s'encrasse et s'use par l'usage.

En outre, il est un fait bien particulier à l'enfant typhique, c'est que les lésions intestinales sont bien moins accentuées que chez l'adulte ; on observe surtout les *plaques molles* ; les plaques de Peyer sont le plus souvent simplement tuméfiées, boursouflées, rarement ulcérées, et, lorsque l'ulcération existe, elle est presque toujours bien moins profonde que chez l'adulte. Par conséquent les perforations et les hémorrhagies intestinales seront bien moins fréquentes que chez l'adulte, et par conséquent le taux de la mortalité sera diminué d'autant.

Sur mes 45 cas, je n'ai pas observé une seule fois l'hémorrhagie intestinale, et je n'ai vu qu'un seul cas de perforation ; mais c'était chez un enfant de 14 ans, c'est-à-dire d'un âge où les maladies abandonnent le type propre à l'enfance. Cet enfant, entré avec sa sœur dans mon service, en septembre 1898, était, à son arrivée, au cinquième jour de sa maladie ; la balnéation froide fut instituée aussitôt, mais il succomba au vingt-cinquième jour et à l'autopsie nous trouvâmes une perforation siégeant à quinze centimètres du cœcum.

Du reste, dans l'évaluation de la gravité de la fièvre typhoïde infantile, il faut aussi tenir compte du génie épidémique, c'est-à-dire du plus ou moins de virulence du microbe, variable suivant les épidémies. Ainsi, en 1896 et 1897, j'ai observé 16 cas *sans un seul décès* ; en 1898, j'ai observé 20 cas avec 3 décès ; en 1899, 9 cas avec 3 décès. Je dois ajouter qu'à Lille, dans ces deux dernières années d'extrême sécheresse, nous avons manqué d'eau de source ; il y eut des semaines entières où l'eau d'Emmerin ne fournissait presque plus rien, et où l'on distribuait l'eau au tonneau dans certains quartiers. C'est à mon sens ce qui explique la gravité des cas de ces deux dernières années.

Il me semblait indispensable de fournir ces quelques données concernant le pronostic, le taux de la mortalité de la fièvre typhoïde chez l'enfant, avant de dire si nous devions lui opposer la méthode si rigoureuse de la balnéation froide.

Eh bien, je suis tout à fait d'avis qu'il faut baigner *systématiquement toutes* les fièvres typhoïdes : le Bain, voilà le vrai traitement. Mais je suis également d'avis qu'il faut savoir *doser* ce bain, car, comme pour les médicaments, les doses ne doivent pas être les mêmes ici que chez l'adulte.

Et il me semble que la physiologie est ici d'un bien grand secours pour la thérapeutique. En effet, comment agit la balnéation chez les malades ? Elle agit surtout sur le système nerveux, et c'est par l'intermédiaire de ce système nerveux que l'on voit ultérieurement la température s'abaisser, la respiration et la circulation se régulariser, le rein s'ouvrir largement et toutes les sécrétions en général s'accélérer. Or, plus l'enfant est jeune, plus son système nerveux réagit vite et énergiquement ; et cette réaction est d'autant plus aisée à obtenir que l'on a affaire à un sujet plus jeune.

Le *dosage* de la balnéation réfrigérante me semble donc devoir s'inspirer de ces données.

J'ai l'habitude de baigner *systématiquement* toutes mes fièvres typhoïdes ; mais autant je suis un partisan convaincu de cette balnéation systématique dès le début de la maladie, autant je repousse l'emploi *d'emblée*, chez les enfants, de la méthode de Brand *pure*.

Comment donc faut-il baigner les enfants typhiques ? Quelle doit être la température de l'eau ?

Je ne crois pas qu'on puisse émettre ici des règles générales précises, et, à mon avis, il faut plutôt se guider sur la particularité de chaque cas.

L'âge, d'abord, a une grande influence sur la détermination que je prends. Dans la première enfance,

plus l'enfant est jeune et se rapproche des quatre premières années de la vie, moins est froid le bain que j'administre. J'ai l'habitude d'ordonner des bains à 28°, dès les premiers jours de la maladie, bains que je fais renouveler, en revanche, toutes les deux heures. Par cette méthode j'ai, le plus souvent, obtenu le résultat que nous poursuivons tous, à savoir : le relèvement du cœur, l'urination abondante, l'amélioration des phénomènes généraux d'intoxication. Peut-être la température baisse-t-elle un peu moins qu'avec les bains plus froids, mais je ne crois pas à l'importance si considérable qu'on a voulu attribuer à cette chute forcée artificielle du thermomètre. Je regarde beaucoup plus le cœur et le rein, et je suis autrement satisfait lorsque je vois ces deux organes bien fonctionner, malgré la température assez élevée, que lorsque j'obtiens des chutes thermiques, mais que le rein reste fermé et le cœur mou.

D'autre part, ces bains frais, j'en prolonge l'administration jusqu'à la fin de la maladie. Je n'ai pas besoin, comme pour le bain vraiment froid, de suivre la marche de la température pour savoir si je dois oui ou non donner le bain ; je me guide sur l'état général, et, je le répète, sur le cœur et sur le rein.

Mais il convient d'ajouter immédiatement que je ne considère cette balnéation fraîche que comme le *minimum de la dose* à administrer à mes enfants. Je surveille de très près l'administration de cette dose et, dès le second jour de son emploi, si je n'ai pas obtenu la sédation des phénomènes généraux, le relèvement du cœur et l'ouverture large du rein, alors je refroidis mes bains, je descends à 25°, et même plus bas dans les cas très graves. Il m'est arrivé de donner à des enfants de six à sept ans des bains de 18° ou 20°; dans ces cas graves j'appliquais la méthode de BRAND dans toute sa rigueur.

Je dois faire remarquer que j'arrive très vite à ce refroidissement lorsque je le juge nécessaire ; en effet, quand mon second jour de traitement à 25° ne m'a pas donné de résultats satisfaisants, dès le troisième j'arrive à 20°, à 18°. Ce sont alors des cas très graves, où le système nerveux a perdu une grande partie de son excitabilité, de sa puissance de réaction, et l'eau vraiment froide est alors nécessaire pour la lui faire récupérer.

Avec cette ligne de conduite que je viens d'exposer dans ses grandes lignes, je n'ai jamais eu à redouter les accidents de collapsus, je n'en ai jamais observé, et pourtant j'ai soigné, en 1898, un enfant de trois ans, par la méthode de BRAND dans toute sa rigueur. J'avais essayé d'abord les bains frais, tels que je l'ai dit plus haut et je dus arriver très vite aux bains froids. L'enfant a succombé le dix-huitième jour à l'intoxication, avec des phénomènes méningitiques tellement nets que j'avais pensé à une méningite typhique ; il n'en était rien. Il s'agissait au reste, dans ce cas, d'une fièvre typhoïde particulièrement maligne, car le frère, âgé de sept ans, succomba également dans mon service, le 10 janvier 1899, quelques jours après sa sœur, à une fièvre typhoïde très grave, à forme prolongée, ayant duré trente-sept jours.

Je dois ajouter, pour la décharge de la méthode de BRAND, que ces deux enfants entrèrent tardivement dans mon service, l'un au dixième jour, l'autre au huitième jour de la maladie, déjà profondément intoxiqués.

En résumé je suis un partisan convaincu de la balnéation *systématique* au cours de la fièvre typhoïde des enfants. Mais j'estime qu'il est inutile dans beaucoup de cas de donner les bains aussi froids que le veut la méthode de BRAND. L'action cherchée sur le système nerveux et sur la circulation s'obtient assez aisément par les bains à 26° ou 28°. Je fais une exception pour les cas graves qui ne s'améliorent pas dès les premiers de ces bains ; alors je donne le bain de plus en plus froid pour arriver à la méthode de BRAND dans toute sa rigueur, lorsque les bains frais ne me donnent pas de résultats satisfaisants. Je n'ai jamais vu d'accidents, même avec cette dernière méthode, et si je ne l'emploie pas *d'emblée*, c'est parce qu'elle est un peu pénible pour l'enfant et son entourage et que, puisque, à mon avis, on peut souvent obtenir aussi bien avec des bains moins froids, il ne me paraît pas nécessaire de l'imposer à nos petits malades *d'une façon systématique* (1).

Du traitement des tuberculoses multiples par le curetage et l'ébouillantage

par le Médecin principal **Moty**, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, un malade entré le 26 septembre dernier, dans mon service, pour de volumineux abcès froids du flanc, de la fesse et de la région sous-inguinale gauche ; aucune cause apparente ne se rapporte à l'origine de ces lésions, le malade n'est pas sujet aux bronchites graves. La nature de ses abcès ne paraissant pas douteuse, il est soumis, dès son entrée, au traitement à l'arséniate de soude (de un à cinq centigrammes par jour progressivement dans la boisson de la journée).

Le 27, je ponctionne son abcès du flanc très tendu, et après en avoir retiré 100 grammes environ de pus verdâtre, j'y injecte 10 grammes environ de naphtol camphré.

(1) Il est bien entendu que tout ceci ne s'applique qu'à l'enfance. Mais dès qu'on s'approche de l'âge adulte, dès qu'on a affaire à des adultes, la méthode de BRAND d'*emblée* reprend tous ses droits, et j'en reste un partisan convaincu.

Le 3 octobre, chloroformisation, incision large : 1° de la poche sous-thoracique gauche qui est très vaste et qui, refoulant le péritoine pariétal vers la ligne médiane, permet l'exploration de la face interne des dernières côtes et de la partie inférieure gauche de la voûte diaphragmatique. On ne sent pas de lésions osseuses, même après une exploration prolongée.

Je pratique un curetage rapide, je bourre la cavité de gaze antiseptique et j'ouvre ;

2° La poche fessière, moins développée, qui se prolonge vers la grande échancrure sciatique, à travers laquelle elle pénètre dans le bassin ; ici encore, curetage et tamponnement rapides ;

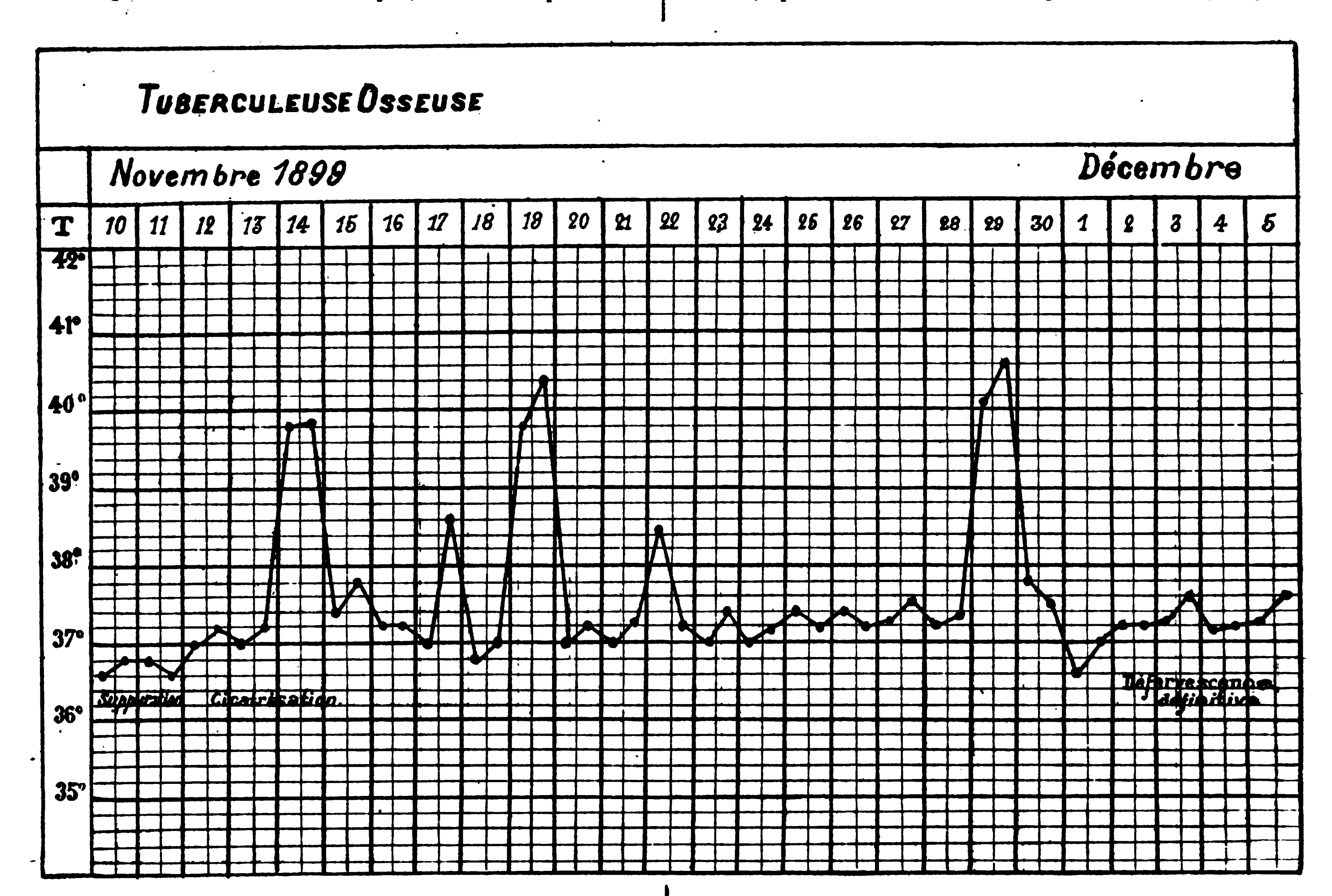
3° Enfin, j'ouvre la porte sous-inguinale, en dedans du canal crural ; elle contient, comme d'ordinaire dans cette région, du pus et du gaz ; même intervention que plus haut.

Les curetages terminés, je plonge de gros tampons de ouate, montés sur pinces, dans une solution boriquée bouillante, et je les porte vivement, à plusieurs reprises, au fond des trois foyers purulents, puis, sans faire aucune réunion, je panse, avec des tampons imbibés de naphtol camphré, après avoir injecté, à travers l'échancrure sciatique, une seringue du même liquide, qui ressort aussitôt du foyer crural.

Malgré la gravité de ces lésions, leur guérison fut rapide, et la cicatrisation était complète le 15 novembre. Mais aussitôt, apparurent des accès de fièvre qui, au premier abord, faisaient croire à la formation d'un nouveau foyer de suppuration.

Les recherches dirigées dans ce sens restant absolument stériles, et le malade ayant un peu de rougeur dans le fond de la gorge, je pensais à une angine grippale.

Mais, après le retour de la température et du pharynx à la normale, une nouvelle élévation thermique se produisit, deux autres suivirent à quelques jours d'intervalle, comme on le voit dans la courbe ci-jointe, et qui ne pouvaient trouver leur explication que dans une poussée tuberculeuse du côté des poumons.



Actuellement, notre malade paraît en bonne voie, sous l'influence des inhalations créosotées et de l'arséniate de soude à hautes doses (de un à cinq centigrammes par jour) ; mais nous avons cru devoir appeler l'attention de la Société sur deux faits :

1° La cicatrisation rapide des deux vastes abcès du tronc et du bassin ;

2° La coïncidence de poussées thermiques bien accusées, avec la fin de la suppuration.

On est aujourd'hui d'accord sur l'heureuse influence du calorique local dans le traitement des fongosités tuberculeuses ; chaque forme de calorique a d'ailleurs ses indications spéciales; le calorique rayonnant du couteau de platine convient aux ulcères superficiels rebelles ; la cautérisation par contact du thermocautère est utile à la fin des curetages osseux ou autres; le flambage de FÉLIZET a la même action, plus rapide et plus complète, mais avec l'inconvénient de nécessiter un appareil spécial ; l'eau bouillante préconisée par RECLUS et par JEANNEL, de Toulouse, a certainement une action plus puissante et plus pénétrante que les autres formes de calorique, et donne souvent des résultats inespérés ; elle nous paraît spécialement indiquée dans les très grands foyers du tronc, tels que ceux dont mon opéré porte les traces et m'a réussi de même sur cinq ou six cas du même genre : c'est pourquoi je saisis l'occasion de rappeler l'attention sur cet excellent moyen, d'un emploi si facile et si rapide. L'eau boriquée bouillante, et des tampons d'ouate, montés sur pinces ou fil de fer, suffisent à la pratiquer, après protection de la peau voisine, par des compresses imbibées de solution de sublimé faible.

Il va sans dire que les traitements généraux et les pansements au naphtol ont eu leur part d'action dans le résultat obtenu, ainsi que la méthode du traitement à ciel ouvert, à laquelle tout le monde se convertit peu à peu pour les grandes tuberculoses.

Le second point sur lequel je désire insister est l'apparition de la fièvre après la cicatrisation. Je ne puis lui trouver d'autre interprétation plausible que la pullulation bacillaire, à localisation pulmonaire, qui se produisit en même temps ; ce fait, rapproché des attaques de méningite consécutive aux amputations ou aux résections suivies de cicatrisation rapide, nous conduit à attribuer aux toxines des microbes vulgaires de la suppuration, staphylocoques surtout, une sorte d'action stérilisante sur le bacille tuberculeux.

Cette action se vérifierait notamment dans la guérison des adénites cervicales tuberculeuses par suppuration, sans traitement local, ni général ; son absence expliquerait, au contraire, la persistance indéfinie des lupus non suppurés, malgré les traitements généraux les plus actifs.

J'en tire surtout cette conclusion qu'il faut insister sur les traitements généraux : arsenic, aération, créosote, etc., toutes les fois qu'on se propose de tarir, par une méthode quelconque, une suppuration tuberculeuse importante.

NOTES D'HISTOIRE MÉDICALE

De l'agrégation des médecins au Collège de Médecine de Lille au XVIII[e] siècle,

par le docteur **H. Gaudier**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Le sujet de cet article est extrait d'un ensemble de documents que nous avons recueillis aux archives communales de Lille. A côté de pièces connues de tous ceux qui s'occupent d'histoire locale il en est d'autres plus rares, et en particulier les procès-verbaux détaillés d'examens que nous donnons au courant de ce travail.

Le 1er avril 1685 fut fondé le Collège des médecins de Lille par l'ordonnance suivante :

« Les Rewart, Mayeur, Eschevins, Conseils, et huit-» homme de la ville, sur ce qui leur a été rapporté qu'en » plusieurs bonnes villes de France et des Pays-Bas, il y » avait un *collège ou assemblée de Médecins*.........., ils » ont en vertu du droit de police, ordonné et ordonnent » qu'il sera établi en cette ville de Lille un collège ou » assemblée de médecins sous les règles ou statuts qui » suivent :

Retenons de ces statuts le suivant :

« 1° Il est ordonné à tous médecins qui ne pratiquent » point présentement la médecine en la ville, et qui la » voudraient pratiquer ci-après, de paravant le faire, pré-» senter requête au dit collège des médecins, y exhiber leurs » lettres de doctorat et de licence pour y être enregistrées » et de payer pour l'enregistrement........ »

Le Collège des médecins était composé pour le bureau : de deux échevins, d'un Doyen et des quatre assesseurs médecins, dont l'un faisait fonction de greffier. Nous avons retrouvé les noms de ces cinq confrères de la fondation :

Le Doyen : DOULCET ; assesseurs : BAILLART, DELEBARRE, DESNUELLES et TRACHIN.

Il est aisé de voir que dans l'esprit des statuts de fondation, les formalités pour être *agrégé* dans le Collège des médecins de Lille étaient des plus simples : une déclaration et une somme versée qui s'élevait à près de 12 florins.

Cet état de choses ne pouvait durer longtemps. Lille, ville riche, industrielle, devait attirer fatalement, par son développement, des médecins venus d'autres villes environnantes, et cela au détriment des prati-

ciens exerçant déjà à Lille. Il fallait remédier à cet envahissement, qui ne pouvait aboutir qu'à la dépréciation de la profession médicale, et c'est à cela que s'ingénia le Collège de médecine de Lille. Nous en trouvons un reflet dans l'édit royal de 1707, portant règlement pour les Facultés de médecine et Universités du royaume (§ 32).

« Ceux qui auront été reçus docteurs ou licenciés dans » une Faculté ne pourront être agrégés dans une autre » faculté ou *corps de médecins* qu'en soutenant préalable- » ment un acte public de 4 heures au moins sur toutes les » parties de la médecine et en payant la somme de 150 » livres............»

Le même édit ajoutait :

« Nul ne peut exercer la médecine à Lille s'il n'est gradué » des Facultés de Paris, Montpellier, Douay sous peine de » 500 livres d'amende.»

L'on voit les changements apportés dans l'ordonnance de 1685 ; une autre ordonnance, municipale cette fois, et en date du 14 janvier 1714, complète encore l'édit de 1707, et c'est cet ensemble de règlements, plusieurs fois remanié quant à la forme et jamais dans le fond, qui régira le droit d'exercer dans la ville de Lille jusqu'à la Révolution, où sombrèrent ces privilèges très particuliers.

Règlement
pour le Collège de médecine, du 14 janvier 1714.

« Nous Rewart, Mayeur, Eschevins, Conseils....... de » la ville de Lille, étant important de réunir sous un seul » point de vue les règlements faits par nos prédécesseurs, » avons réglé et réglons........»

TITRE IIIe. DES AGRÉGATIONS

« I. — Etant essentiel dans une ville considérable et fort » peuplée d'avoir des médecins instruits et qui joignent la » pratique à la théorie, nous déclarons qu'à l'instar de ce » qui s'observe dans les principales villes du royaume, » aucun médecin ne pourra être à l'avenir agrégé au collège » qu'en rapportant, outre ses lettres de licence, un certificat » authentique contenant que depuis la date desdites lettres, » il a pratiqué la médecine pendant deux ans au moins hors » de la ville ou qu'il a exercé pendant le même temps sa » profession sous la conduite ou direction de son père, si » c'est un fils de médecin agrégé, et, au cas que le père soit » mort, qu'il a suivi pendant le même temps, avec exacti- » tude, attention et succès, un médecin d'hôpital ou l'un » des médecins des paroisses de cette ville.

» II. Lorsqu'un médecin ayant les qualités requises par » l'article qui précède voudra se faire agréger au collège, » il en préviendra le Doyen qui, après en avoir fait part à » nos commissaires, fera convoquer l'assemblée ordinaire, » à laquelle le récipiendaire se rendra pour imposer sa » demande, montrer ses lettres de licence de Paris, Douay » ou Montpellier, et les certificats mentionnés en l'article » 1er de ces titres.

» III. — Le collège étant satisfait sur tous ces points, il » devra encore s'apaiser (sic) par des épreuves si le réci- » piendaire a tiré de l'exercice exigé pendant 2 ans le fruit » qu'on devait en attendre, et pour remplir cet objet il » nommera à la pluralité des voix deux médecins commis- » saires qui, accompagnés du Secrétaire, conduiront au jour » désigné le récipiendaire chez trois malades ou dans les » hôpitaux de cette ville, pour lui faire examiner 3 sortes » de maladies différentes et des plus graves, savoir : Deux » internes et une externe ; le récipiendaire ayant examiné » chaque malade à son appaisement on se retirera dans » une place séparée où il rendra raison par écrit des symp- » tômes, et déduira sur le champ le nom, la cause, le » diagnostic, le pronostic et la cure des cas qu'on lui aura » présentés pour en être rendu compte au collège général.

» IV. — Si le collège juge que le récipiendaire a satisfait » à cette épreuve, il sera agrégé, sinon il sera refusé ou » renvoyé à un autre temps et en cas de difficulté on » recommencera l'épreuve chez les mêmes malades ou » chez d'autres au choix du collège, par devant les mêmes » commissaires, auxquels seront adjoints deux autres » médecins agréés par le récipiendaire.

» V.— Le récipiendaire jugé digne de l'agrégation sera » inscrit au nombre des agrégés......; il fera serment d'en » observer les statuts et règlements.

» VI. — Il paiera pour son agrégation 40 florins pour » tous droits, à moins qu'il ne soit fils de médecin agrégé » au collège, auquel cas il ne paiera que 20 florins....... »

Nous avons retrouvé dans les archives communales de Lille des pièces relatives à ces épreuves cliniques dont nous venons de donner plus haut la réglementation ; nous en prenons deux au hasard, l'une relative à l'agrégation du sieur B....., l'autre à l'agrégation du sieur F..... DE N.....

Le premier ne fut pas admis, le second, héritier d'une génération de médecins lillois, fut au contraire reçu facilement. Nous croyons que le lecteur prendra plaisir à la lecture des extraits de ces procès-verbaux qui sont tout un tableau vivant de la manière dont on examinait un malade, et faisait un diagnostic, dans la première moitié du XVIIIe siècle.

Pièces relatives à l'agrégation du sieur B.....
au Collège de médecine de Lille.

PROCÈS-VERBAL DES MÉDECINS COMMISSAIRES

« Le 2 Mai 1741, Nous soussignés........, certifions que

» nous étant transportés à l'hôpital général, nous avons
» choisi et présenté au récipiendaire 3 malades comme il
» suit :

1° « La nommée Françoise Billot, âgée de soixante-
» trois ans ; cette femme était malade avant d'arriver à
» l'hôpital, où elle est depuis six semaines ; elle nous a dit
» qu'après avoir senti dans le commencement des douleurs
» vers la région de l'ombilic et des lombes, son ventre
» s'enfla considérablement, qu'elle faisait fréquemment des
» rots et des borborygmes. Le pouls était bon. Ni les
» jambes, ni les cuisses, ni les bras n'étaient enflés ; elle
» n'avait d'enflure que dans l'abdomen et disposée de
» façon qu'étant plus élevée vers l'ombilic, dans toutes les
» situations que la malade pouvait prendre, elle s'étendait
» moins vers les parties latérales du ventre. »

La commission ne reconnaît aucune fluctuation dans l'abdomen qui était élastique, aucun trouble ni aucun dépôt dans les urines. Il n'y avait pas de fièvre ; en palpant l'hypochondre gauche on sentait une inégalité élastique et la malade assurait que cette inégalité avait changé quelquefois de forme et de situation. Ces symptômes réunis firent diagnostiquer à la commission une *tympanite, de la variété où l'air est renfermé dans le canal intestinal et principalement dans les gros intestins distendus quelquefois très inégalement.*

2° Le deuxième malade était un jeune homme de treize ans, au onzième jour d'une variole, confluente à la face seulement, sans ptyalisme ni diarrhée, et parcourant bénignement les différentes périodes de l'affection sans accident ;

3° Le troisième malade était un jeune garçon âgé de dix ans, attaqué d'une *scrophule générale* depuis l'âge de six ans et n'ayant guère *que la nature d'un enfant de cinq ans*. Engorgement ganglionnaire, et même ouvert spontanément. « La respiration était embar-
» rassée, et le ventre, fort gonflé, laissait apercevoir une
» fluctuation sourde vers l'hypogastre, marque certaine
» que les glandes du mésentère étaient attaquées par le
» vice scrophuleux...

Thème du Récipiendaire :

Il a examiné la première malade. « il lui reconnait
» une hydropisie ascite, des eaux flottantes dans l'abdo-
» men, des urines grasses accompagnées de sédiment bri-
» queté. de la soif, une fièvre lente, les pieds et les jambes
» un peu enflés. La cause matérielle de cette maladie est la
» partie séreuse du sang, la cause efficiente est tout ce qui
» produit l'extravasation de la sérosité dans l'abdomen. »

Le pronostic est mauvais. Le traitement consiste : 1° à évacuer les eaux amassées dans l'abdomen, par la voie des selles, au moyen de purgatifs hydragogues, poudre de jalap, teinture germanique, sirop de Rhumno ; par la voie des urines au moyen des diurétiques, décoction de racines d'asperges, etc. ; par la voie des sueurs si l'on peut ;

2° A éloigner les causes qui peuvent produire le dit amas, par l'emploi des remèdes qui corroborent et donnent du ton aux parties solides, tels que les racines de bézoaires.

Il reconnaît chez le second malade une petite vérole confluente ; le frisson, la fièvre, le mal de tête, l'assoupissement, nausées, vomissements lui ont annoncé le *premier temps* de la maladie. L'éruption des pustules, l'enflure du visage, la salivation assez abondante lui ont fait connaître que le malade est dans le *second temps* de la maladie. Pronostic favorable ; la cause intrinsèque du mal consiste en une certaine disposition des fluides propres à recevoir le miasme aérien qui est la cause occasionnelle. Le traitement est banal.

Il a diagnostiqué chez le troisième malade des écrouelles qu'il a reconnues par des tumeurs aux glandes salivaires, aux aisselles, aux aines, par des obstructions dans le mésentère.

« Comme la maladie n'est pas héréditaire ou produit
» d'un virus qu'elle ne doit son origine *qu'à une peur*, que
» le sujet est fort jeune, on peut espérer de la guérison,
» moyennant l'administration de remèdes appropriés. —
» Ce sont les fondants, les diaphorétiques, les tempérants,
» les dépurants, les apéritifs, les purgatifs ; il donne la
» préférence surtout au mercure doux, à la panacée mer-
» curielle, à l'æthiops minéral donné à petite dose et
» pendant longtemps. »

Rapport des médecins commissaires

Après lecture du thème ci-dessus, la Commission a reconnu « avec douleur beaucoup de méprises, et une
» ignorance marquée de la pratique de la médecine. »

Et tout d'abord M. B..... a pris pour une hydropisie ascite ce qui n'était qu'une tympanite : « Il trouve
» des eaux flottantes dans l'abdomen, nous étions pré-
» sents à la manière dont le récipiendaire explora le
» ventre de la malade, en le tâtant légèrement et superfi-
» ciellement, *d'une seule main*; nous sommes convaincus
» qu'il n'aurait pu sentir ainsi la fluctuation, quand bien
» même elle aurait existé........ »

Les urines, dit le récipiendaire, étaient grasses et sédimenteuses ; *il n'a pas demandé à les examiner*.......
« Nous avons déjà dit que la malade n'avait ni fièvre, ni
» enflure, ni soif vive, etc. ».

La Commission éprouve le besoin d'étayer ce diagnostic sur l'opinion d'Hippocrate (*supra ombilicum labor et lumborum dolor qui remediio, non cedit in hydropem siccum definit*), sur la haute compétence de M. Combalusier, auteur d'un traité estimé de pneumatopathologie et par celle de M. Sauvage dans sa Nosologie qui dit que : « *Tympanites est intumescentia » totius abdominis lœvis, elastica, pulsatione sonum edens.* »

La Commission estime qu'après avoir fait connaître l'erreur grossière du récipiendaire, il était inutile de rechercher s'il avait donné une bonne description de l'ascite, etc.

Passons au second malade : « Le récipiendaire dit » d'abord que le frisson, la fièvre, les nausées, le mal » de tête, l'assoupissement et le vomissement lui ont » annoncé le premier temps de la maladie. Comment » a-t-il pu écrire de pareilles choses, d'une variole » dans son onzième jour quand elle n'est accompa- » gnée d'aucun accident ? Mais il ne faut pas en être » étonné, on s'aperçoit facilement qu'il s'est contenté de » copier ou d'extraire soit de mémoire, *ou autrement*, un » de ces précis ou cahiers élémentaires (Lefert de l'époque) » qui dans les universités circulent entre les mains des » jeunes écoliers en médecine ; on s'en convaincra en » parcourant son écrit avec soin. En effet, en lisant la » seconde phrase, on voit que le malade est dans le deuxiè- » me temps de la maladie ; ainsi voilà un malade qui est à » la fois dans le premier et dans le deuxième temps de sa » maladie, de plus le malade n'avait pas de salivation. Le » reste de son écrit porte d'un bout à l'autre les mêmes » caractères, et ce qu'il dit est si vague et si général que la » chose est trop évidente pour nous y arrêter davantage. »

Enfin nous voici arrivés au troisième malade : « Selon M. B..... il suffirait pour avoir les écrouelles » d'avoir des tumeurs aux endroits qu'il indique, car il » ne donne nulle description de l'état du malade, nulle » énumération des symptômes, nul indice auquel on peut » distinguer les tumeurs écrouelleuses de celles qui » reconnaissent une autre cause. S'il parle de la cause, ou » du pronostic il dit : comme la maladie n'est pas hérédi- » taire ou produit d'un virus, qu'elle doit son origine à une » peur... on peut encore espérer de sa guérison. Il est bien » étrange qu'un licencié en médecine ait écrit de pareilles » choses ; en effet M. Sauvage dit : « *Hic morbus est sœpius » congenitus quandoque hereditarius, frequens est apud eos » quorum parentes syphilitidie fuerunt infecti...* » Nous ne » trouvons dans aucun auteur que les scrophules soient » produites par la peur ; il est vrai qu'à Lille c'est un pré- » jugé du vulgaire, mais un médecin ne doit pas puiser » ses connaissances dans les propos du peuple. »

En comparant la date de ses lettres de licence qui font connaître qu'il étudie la médecine depuis près de six ans, il nous paraît qu'ayant si peu satisfait, il n'est pas possible, sans déshonorer le Collège et sans mettre la vie des citoyens au hasard, de l'agréger parmi nous, car nous sommes vraiment dans l'opinion que ce candidat, non seulement n'a aucune des qualités requises pour exercer actuellement la médecine, mais même n'a pas l'aptitude nécessaire pour acquérir les connaissances qui doivent former un vrai médecin.

Etaient signés : Lefebvre, médecin, Merlin, m. d. et Saladin, médecin, secrétaire du Collège.

A la suite de ce rapport, le Collège de médecine, généralement assemblé, décida que le récipiendaire ne pouvait être agrégé.

Pièces relatives à l'agrégation du sieur F.... de N....

Procès-verbal des médecins commissaires

L'examen cette fois a lieu non plus à l'hôpital, mais en ville, chez des malades particuliers. Il est à remarquer que dans ces pièces, le récipiendaire n'est plus traité de sieur, comme précédemment, mais bien de Monsieur : « Nous avons présenté pour le premier malade « à M. F..... fils (génération de médécins) une fille de » 4 ans, de la paroisse Ste-Catherine, rue des Bouchers, » attaquée d'une petite vérole confluente à son dixième » jour. Cette affection avait évolué jusque là sans aucun » incident ni complication. Depuis le commencement la » malade a rendu plusieurs vers : « Le traitement prescrit » par M. Sifflet a consisté en adoucissants, délayants aux- » quels on a ajouté les confortatifs domestiques, tels que » vin et bière. »

Le deuxième malade était un jeune homme de quatorze ans, rue des Stations, paroisse Sainte-Catherine, « *constitué dans le dernier état de phtisie pulmonaire* » : « l'oppression, la fièvre et la violence de la toux étaient » telles il y a deux mois que le médecin fit deux petites » saignées, malgré le gonflement des malléoles ; ces sai- » gnées ont soulagé le malade et diminué le gonflement. » Les boissons pectorales, les lochs, quelquefois un peu de » Kermès quand les crachats avaient trop de consistance » ont été les remèdes les plus employés. Quand il a fallu » s'opposer à la *septicité* des crachats purulents pour » garantir la masse du sang des effets de la résorption on » a employé l'écorce du Pérou et l'esprit de vitriol. Il n'a » à présent ni sueurs ni selles, de sorte que son état actuel, » outre la phtisie, nous paraît consister dans une hydro- » pisie de poitrine, bien annoncée par le gonflement des » mains et par l'impossibilité de se coucher sur l'un ou » l'autre côté. »

La troisième malade était une fille de dix ans, atteinte de gale.

Thèse de Récipiendaire.

Après avoir examiné la première malade, le récipiendaire conclut : « qu'elle a une petite vérole confluente, » bénigne, qui est dans le temps de la suppuration. Les » vers me porteraient à croire qu'il y a complication si » le sujet n'était un enfant..... Il y a tout lieu de croire » que la maladie se terminera heureusement... On » pourrait, pour faciliter la suppuration et empêcher que » l'enfant ne soit marqué, ouvrir les pustules. »

Il conclut de l'examen du second malade qu'il a une phtisie pulmonaire : « A la suite d'une fluxion » de poitrine ou péripneumonie, car vraisemblablement » son prétendu rhume fut une péripneumonie, la délica- » tesse propre à son âge et la dissolution des humeurs » ont occasionné l'infiltration du tissu cellulaire. Le » malade est désespéré, si cependant on peut porter un » pronostic aussi terrible ayant devant les yeux l'apho- » risme d'Hippocrate : *Morborum non omnino certe sunt* » *predictiones neque ad vitam neque ad mortem* (1). — Il faut » continuer le traitement prescrit. »

Troisième malade : « Une jeune demoiselle de dix ans » ayant de petits boutons entre les doigts, aux jointures des » bras et des jambes, sous les aisselles, etc., se portant bien » d'ailleurs, me fut présentée ; ces boutons qui lui occa- » sionnaient ci-devant de grandes démangeaisons et qui » sont écorchés la laissent à présent plus au repos. D'où » je conclus que cette demoiselle a une galle qui se passe. » On l'a jusqu'à présent engraissée soir et matin avec l'on- » guent citrin, il faut le continuer ; on pourrait lui faire » prendre soir et matin la poudre suivante :

Flor sulfur. gr. XX.
Aethiops minéral gr. X
Fiant doses XXV.

» et de temps en temps, tous les 8 jours, le purgatif suivant :

Rhei elect.
Semiœ mund.
Cremor tartar agr XV.

Rapport des médecins commissaires

« Le 17 juillet 1750, après lecture faite de ce qu'a écrit » M. F... . de N..... sur les trois malades que nous lui » avons présentés........, il nous a paru qu'il a rempli » complètement les articles de nos règlements à cet égard, » puisque à la vue des malades, il a déduit sur le champ, » par écrit, et en notre présence le nom, le diagnostic, le » pronostic et la cure des dites maladies telles que nous » les avons reconnues. »

(1) Il faut dire acutorum morborum, aphor 19, section II, ce qui éloigne l'application de l'aphorisme (note des médecins commissaires).

Les commissaires ne s'écartent de lui que sur un point, relatif au second malade, chez lequel M. Fauvel attribue à la délicatesse de l'âge et à la dissolution des humeurs, l'œdème des parties inférieures et des bras, que la Commission avait attribué à l'hydropisie de poitrine.

La Commission ajoute que son opinion est fondée sur la doctrine d'Hippocrate, mais que cependant il existe une observation de M. Maloet (Académie des Sciences, 1733, p. 260) dans laquelle il rapporte un cas analogue sans une seule goutte de sérosité dans la poitrine constatée à l'autopsie. M. Sauvage a dit aussi dans sa Nosologie, article Hydrothorax : « *Nulla certa esse signa prœter aquœ fluctuationem, sono perceptam, concedunt omnes, et ea fluctuatio rara auditur.* » Ainsi, le récipiendaire a pu n'être pas de notre avis, à cet égard, sans que nous ayons rien à lui objecter.

Etaient signés : Sifflet, Warambourg, Saladin, médecin, secrétaire du Collège.

A la suite de ce rapport, le Collège a admis à l'agrégation, le sieur F..... fils, l'en ayant reconnu digne.

L'on peut voir, par ce court aperçu, de la manière dont se passaient ces examens, combien étaient sérieuses les épreuves ou du moins combien elles voulaient l'être, car il est bien certain que plus d'une fois l'on a pu, par une sévérité peut-être un peu injustifiée, écarter des candidats qui n'étaient pas *persona grata*.

Il y a, dans les archives communales de Lille, tout un échange de correspondances entre le Doyen de la Faculté de Douai et le Doyen du Collège de Médecine de Lille, à propos d'un candidat, ancien élève de Douai, refusé à Lille ; le Doyen de Douai s'étonne fort qu'on ait pu écarter un candidat qui avait été la gloire de la Faculté de Douai, et en termes fort nets montre combien il doute de l'impartialité lilloise ; ce sont là des détails très curieux que ces rapports entre la Faculté de Douai et le Collège de Médecine de Lille et je me propose d'y revenir un jour plus longuement.

Nous venons de voir par cette brève étude un des rôles du Collège de Médecine ; mais ce n'est pas le seul ; il s'occupait encore de protéger la médecine contre les empiriques qui foisonnaient à cette époque, et donnait son appréciation sur les nouveaux remèdes qui devaient tous, pour être employés, avoir passé par son contrôle.

Ce double rôle est excessivement curieux et plein de détails savoureux, mais son histoire nous entraînerait fort loin, et nous la remettons à un article prochain.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des sciences. — D'après MM. Vaschide et Van Melle, l'odorat ne proviendrait pas du contact direct des particules détachées du corps odoriférant avec les nerfs olfactifs, mais il serait produit par des ondulations analogues à celles qui produisent la lumière, etc.

Académie de médecine. — M. Laborde continue à parler de son procédé des tractions rythmées de la langue. Il le considère comme procédé « pratique » pour guérir... le hoquet.

Société de Chirurgie. — D'après M. Quénu, le capitonnage de kystes hydatiques du foie, sans drainage, peut donner de mauvais résultats. Dans certains cas il se produit une transsudation abondante de bile ou une suppuration, toutes complications qui nécessitent un drainage soigné.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Roubinovitch a observé des troubles graves consécutifs à l'installation d'un collyre à l'ésérine.

M. Souques a pu suivre deux cas de pleurésie typhoïdique. Il y avait en même temps une bronchopneumonie déterminée par le seul bacille d'Eberth.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 26 Janvier 1900

Présidence de M. Looten, président.

Fracture de la rotule n'ayant amené aucun trouble de la fonction de la jambe

M. **Lambret** présente une pièce anatomopathologique enlevée au cours d'une opération pratiquée pour fracture de la rotule. La malade, femme de 40 ans, alcoolique, s'était présentée à la consultation de St-Sauveur, se plaignant de difficultés pour la marche et d'une tendance aux chutes. Les commémoratifs étaient presque nuls : elle accusait simplement un coup de pied sur le genou, suivi de chute ; la malade s'était relevée de suite et avait pu marcher; depuis elle continuait à aller et venir, sans jamais devoir s'aliter. A l'examen on constata une fracture de la rotule avec un écartement des fragments d'environ 15 centimètres, ne permettant pas, même en plaçant la jambe dans l'extension forcée, de coapter les fragments. Ceux-ci s'étaient hypertrophiés et avaient atteint le volume d'une rotule normale. La suture et le cerclage furent décidés.

Après l'incision des téguments, la mise à nu du fragment supérieur, on constata l'existence d'un fort tendon, large de cinq centimètres et épais d'un demi centimètre, dur et dense, d'aspect nacré, qu'on prit pour le cal fibreux de la rotule, mais on s'aperçut que l'extrémité inférieure de ce tendon s'insérait sur le bord antérieur et la face supérieure du plateau tibial et l'extrémité supérieure sur le fragment supérieur de la rotule, n'ayant aucun rapport avec le fragment inférieur, devenant ainsi un véritable tendon rotulien. C'est sans doute grâce à cette incision particulière que la blessée devait de marcher sans trop de difficultés.

M. **Moty** croit qu'il est nécessaire d'intervenir dans ces cas, et de suturer les fragments rotuliens lorsqu'il sont ainsi séparés par un long intervalle. Même si l'on ne parvient à affronter complètement les fragments, on arrive toujours à obtenir un cal fibreux court et puissant, de beaucoup préférable au long tendon préexistant.

M. **Carlier** pense au contraire que lorsque la coaptation n'est pas possible, il vaut mieux avoir un long cal fibreux; car, dans ce cas, lesfragments osseux ne gênent pas les mouvements de l'articulation et ils constituent ainsi une lésion compatible avec la fonction du membre.

Il cite à ce sujet une observation publiée par le professeur Le Fort, celle d'un marchand de chevaux, ayant un écartement considérable entre les deux fragments de sa rotule,réunis par un cal fibreux puissant. Le blessé pouvait courir près de ses chevaux, sans aucune difficulté, il ne souffrit jamais d'impotence du membre.

Le voile du palais, organe de gustation.

M. **Mariau** rapporte le résultat de quelques recherches sur le voile du palais, et fait un plaidoyer pour lui restituer en partie la fonction gustative, fonction niée actuellement par tous les physiologistes et localisée uniquement par eux sur la langue. M. Mariau n'a expérimenté qu'au point de vue des saveurs sucrées et amères, les seules admises par tous les physiologistes, certains rapportant les autres sensations gustatives à des impressions de sensibilité générale. Il élimina la langue comme cause d'erreur, en la comprimant avec un abaisse-langue ; de plus, dès qu'une goutte de la solution soit amère,

soit sucrée, employée pour les expériences, semblait avoir impressionné l'organe classique de la gustation, il éliminait le sujet.

Après avoir fait ainsi disparaître toutes les causes d'erreur, M. MARIAU prit une douzaine de sujets sur lesquels il expérimenta, en prenant toutes les précautions possibles pour ne pas les suggestionner, en les faisant répondre par une mimique convenue ; comme solutions, il employa le sirop de sucre et une solution de quinine. « J'ai constaté, en me mettant à l'abri de toutes les causes possibles d'erreur, que le voile du palais percevait les sensations de saveur, d'une façon peut-être un peu moins vive, un peu obtuse surtout pour les saveurs sucrées, mais en tous cas réelle, comme la langue. Quant à la saveur amère, elle se perçoit très rapidement et se prolonge longtemps.

L'anatomie permet de contrôler les données de l'expérience, les voies de conduction centrales sont les mêmes pour la langue et pour le voile du palais. Elle nous apprend de plus qu'il n'y a qu'un nerf gustatif, le glosso-pharyngien, car le lingual, branche du trijumeau, innervant la langue, est, au point de vue physiologique, le prolongement du nerf intermédiaire de WRISBERG, racine supérieure du glosso-pharyngien, d'après MATHIAS DUVAL. »

M. MARIAU rappelle que l'innervation sensitive du voile du palais provient des nerfs palatins, mais que de plus, le glosso-pharyngien envoie sur l'amygdale et le voile du palais et la luette, une série de fibrilles nerveuses anastomosées. Il ajoute que le glosso-pharyngien, appelé encore *nerf nauséeux*, remplit sur le voile du palais le même rôle que sur la base de la langue et qu'il a souvent constaté le réflexe nauséeux, après avoir impressionné, par des saveurs amères, les terminaisons dans le voile du palais.

M. Carlier s'informe si M. MARIAU a pu constater que la sensation gustative existait sur la face postérieure du voile du palais.

M. Mariau ne fit pas cette expérience, mais il croit qu'elle serait négative, car on n'a jamais signalé de terminaisons nerveuses du glosso-pharyngien sur cette face du voile du palais.

M. Combemale fait remarquer que l'on ne peut comparer, au point de vue de la durée et de l'intensité, l'impression pour les saveurs amères et pour les saveurs sucrées, car M. MARIAU a employé, d'une part, le sulfate de quinine qui est excessivement amer, d'autre part, le sucre, à sapidité relativement faible. Il aurait mieux valu, pour terme de comparaison, prendre la saccharine, qui possède la saveur sucrée un plus haut degré.

M. Gaudier rapporte à ce sujet le résultat de ses expériences cliniques. L'anesthésie du voile du palais par la cocaïne donne naissance à une impression amère très prononcée; et pourtant la langue n'est pas impressionnée.

M. Moty propose de rechercher histologiquement les corpuscules du goût, terminaisons du glosso-pharyngien, sur des animaux, puisque ces recherches ne peuvent être faites que très rarement et très difficilement sur l'homme.

M. Mariau répond ensuite, à une demande de M. LE FORT, que l'amygdale n'a pas de fonction gustative, car les filets du glosso-pharyngien se terminant dans cet organe ne sont que sensitifs, et nullement gustatifs; qu'en tout cas, l'expérience ne permet de déceler aucune impression gustative à ce niveau.

P. V.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Hygiène des hôtels.

Je lis une excellente motion dans la *Revue* du Touring-Club. La chambre de tout hôtel français ou belge répond à cette description : Lit d'acajou semi-propre, table de nuit ignoble, armoire, commode, cheminée recouverte d'une étoffe fanée, avec une nombreuse garniture poussiéreuse achetée à une vente quelconque, tapis usés, rideaux jadis neufs. La table de toilette renferme une cuvette minuscule et marche de pair avec la table de nuit. Pour une chambre plutôt moindre, on peut aménager une chambre de la façon suivante : Murs peints au Ripolin, ou peinture analogue, pouvant être lavés de haut en bas. Suppression de tous tapis, rideaux de lits et de fenêtres, tentures, etc. Cheminée de marbre ou de bois recouvert d'une peinture permettant le lavage, sans ombre de garniture. Pas de glaces. Un lit de fer, sans rideau, naturellement. Une table de nuit en fer peint qu'on peut laver à grande eau et désinfecter. Pour table de toilette : une large table peinte, avec dessus de marbre et immense cuvette ; dessous, seau de toilette ; dessus, glace enchâssée dans un rebord de bois peint et lavable. Une table en bois peint pour écrire. De nombreuses patères fixées au mur, permettant d'y accrocher des vêtements. Enfin au lieu de parquet ciré, un parquet en planches qu'on peut laver et désinfecter.

Le Touring-Club se propose de demander à chaque hôtel affilié, une chambre dite « chambre hygiénique » installée comme ci-dessus.

Quand, pendant tout une saison, les cyclistes auront demandé dans les hôtels du Touring-Club « Je voudrais la chambre hygiénique », — les hôteliers seront bien obligés d'en tenir compte, et, peu à peu, le système actuel de chambre d'hôtel, si défectueux au point de vue de l'hygiène, se modifiera pour le plus grand bien des voyageurs.

Les médecins devraient appuyer le Touring-Club dans cette innovation.

Presse Médicale.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Parmi les membres de la commission instituée au ministère de l'intérieur à l'effet de présenter au ministre un rapport sur les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose, nous relevons avec plaisir le nom de notre collaborateur le docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. L'état de santé de notre collègue ne lui a pas permis de prendre part à la première réunion de cette commission, mais nous espérons bien que, sous peu, complètement guéri de l'adéno-phlegmon du cou qui l'a si cruellement fait souffrir, il pourra participer aux travaux de cette commission, dont les propositions auront l'appui complet des pouvoirs publics.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenance de thèses

M. P.-A. Montaigne, d'Annay (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le Vendredi 26 Janvier 1900, sa thèse de doctorat (5e série, n°), intitulée : **Étude sur le torticolis mental et son traitement.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Proust, de Blois (Indre-et-Loire); Dufaud, médecin-major de 1re classe, à Pau; Albert Perrée, de Paris; Pietri, officier de la Légion d'Honneur, qui fut le médecin de l'ex-empereur Napoléon III.

Potié, à Vieux-Berquin (Nord). Nous adressons à son fils, le docteur Eugène Potié, l'expression de nos bien vives condoléances.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du journal.

— **Le bégaiement dans la littérature médicale,** par le docteur Olivier, extrait de la *Parole*, 1899.

— **Les criminels,** étude concernant 859 condamnés, par le docteur Ch. Perrier, médecin des prisons, volume de la *bibliothèque de criminologie*, Storck, Lyon, 1900.

— **Uber tetanolysin,** par le docteur Th. Madsen, tiré à part du *Zeitschrift für hygiene und Infections Krankheiten*, 1899.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

3me SEMAINE, DU 14 AU 20 JANVIER 1900

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	5
3 mois à un an	3	2
1 an à 2 ans	5	4
2 à 5 ans	3	4
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	2	3
20 à 40 ans	10	8
40 à 60 ans	9	8
60 à 80 ans	16	20
80 ans et au-dessus	2	6
Total	61	60

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	9	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	6	3	»	»	»	3	»	»	2	»	»	7	21	11
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	3	2	2	»	»	3	»	»	»	»	»	1	13	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	2	2	2	1	»	»	2	»	»	»	»	»	6	16	26
Vauban, 20,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	2	»	»	»	2	»	5	13	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	3	»	»	1	»	»	»	»	»	9	16	13
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	8	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	5	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	1	»	1	»	»	2	7	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	7	7
Total	»	5	»	»	»	»	»	6	23	12	7	»	»	19	1	»	3	2	»	43	121	118

N° 160. Quatrième Année, N° 5. Le Numéro : **10** centimes. 4 Février 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Le prolapsus génital chez les nullipares

par le Docteur **Lambret**, chef de clinique chirurgicale

Comme cause habituelle de leur apparition, les prolapsus génitaux reconnaissent des modifications dans la constitution intime des tissus de l'utérus, du vagin et du périnée; ces modifications sont directement et plus ou moins rapidement produites par la grossesse et l'accouchement. Il s'agit d'une sorte de dystrophie du tissu musculaire, qui fait que la sangle périnéale flasque et relâchée, ne peut plus s'opposer à la chute de l'utérus (1) qui tombe, parce que lui-même n'est plus retenu par ses moyens normaux de suspension. Le prolapsus génital se montre donc, en général, chez les femmes qui ont eu des enfants. Le prolapsus des nullipares, au contraire, est exceptionnel, et cependant, croyons-nous, sa pathogénie n'est pas très différente de l'autre.

Nous n'avons, d'ailleurs, en vue ici que l'étude du prolapsus acquis, car il faut savoir qu'il existe un petit nombre d'observations de prolapsus chez des vierges et des nullipares, prolapsus d'origine congénitale. Mais ces cas sont simplement de véritables malformations, rarement uniques, car la coïncidence du spina bifida est la règle, et celle de pieds-bots est également fréquente. Il est probable qu'il existe chez ces sujets un défaut de développement du système musculaire pelvien et des ligaments de l'utérus; dans de telles conditions, la chute de l'utérus et du vagin se produirait par la seule influence de la pression abdominale normale.

La recherche des causes amenant la chute de l'utérus chez les nullipares, probablement par suite de la rareté du fait, a exercé la sagacité des auteurs qui ont eu la bonne fortune d'observer l'affection Nous mentionnerons, pour mémoire, l'opinion de KLINGE qui croit le prolapsus assez fréquent chez les religieuses, par suite de l'attitude debout prolongée et des chants fréquents. De son côté, SCANZONI attribue les prolapsus des jeunes filles à ce que, retenant souvent et longtemps leur urine, le poids de la vessie distendue appuie sur l'utérus et tend à l'abaisser. Les autres interprétations sont plus scientifiques; elles mettent en somme en relief l'influence pathogénique de l'effort, et montrent l'importance de l'augmentation de

(1) Nous devrions ajouter et du vagin, car il est bien évident que lors que l'utérus apparait hors de la vulve, le vagin l'accompagne, ne serait-ce qu'en partie, dans sa procidence. Maintenant quant à dire quel est l'organe prolabé le premier, malgré les grandes théories émises, nous nous bornons à penser que c'est tantôt l'un, tantôt l'autre, et qu'à vrai dire la chose importe peu.

la pression intraabdominale produite par les accès de toux, les chutes sur le périnée (Barnes), les difficultés de la défécation dans la constipation opiniâtre ou les rétrécissements du rectum (Mac-Clintock). Stepkowski a publié l'an dernier une observation de prolapsus chez une jeune fille qui, dès l'âge de 14 ans, portait des sacs de 40 à 50 kilogr. de grains. L'effort nécessité par l'action de porter des lourds fardeaux est une cause qu'on retrouve encore dans plusieurs observations ; et dans ces cas, l'apparition du prolapsus se fait, tantôt progressivement et relativement lentement, et tantôt au contraire d'une façon brusque et dramatique, il s'agit alors d'un véritable prolapsus aigu. Les uns comme les autres me paraissent en tous points comparables aux hernies dites de force. C'est par ce même mécanisme d'augmentation de la tension intraabdominale que s'explique l'action des tumeurs, surtout de celles qui se développent dans le pelvis ; et et aussi l'action de l'accumulation rapide de liquide dans la cavité péritonéale.

De même une tumeur développée dans l'utérus, et principalement dans sa portion cervicale, peut en amener la chute par la simple augmentation du poids. L'allongement hypertrophique sus-vaginal du col possède un effet analogue ; comme aussi le volume anormalement considérable de l'utérus lui-même, telle cette observation de Prochownick qui trouva un gros utérus double, dont les deux cavités avaient chacune 7 centimètres 5 de profondeur.

Nous avons observé dans le service de notre excellent maître, le professeur Folet, une malade nullipare de 23 ans, dont le prolapsus génital avait une origine primitive que nous considérons comme absolument unique, car jusqu'à présent du moins, nous ne connaissons aucun fait analogue. Quoique nullipare, elle présentait une déchirure étendue du périnée consécutive à un viol, dont elle avait été victime à l'âge de 12 ans. Voici cette observation, d'après les notes rédigées par M. Hèze, interne de service.

S.... Noémie, 23 ans, Mons-en-Barœul. Père mort jeune, mère bien portante ; antécédents personnels très chargés, nombreuses bronchites, adénopathies cervicales, coqueluche, granulations conjonctivales. A l'âge de 12 ans, elle a été violée par un voisin de sa famille. Ses règles sont apparu à 17 ans 1/2, et elle a toujours souffert pour les avoir, elle a de temps en temps quelques pertes blanches ; elle n'a jamais eu d'enfants, n'a pas fait de fausse couche. A peu près à l'époque de l'apparition de ses règles, elle s'aperçut que quelque chose se présentait au passage et depuis, la tumeur a franchi peu à peu l'origine vulvaire, et par sa présence entre les cuisses, rend la marche très pénible. En même temps, il existe des troubles de la miction qui consistent principalement en envies fréquentes d'uriner ; la défécation est également pénible et pendant les efforts qu'elle nécessite, la tumeur qui pend à la vulve devient plus volumineuse.

A l'examen, dans le décubitus dorsal, on voit que l'utérus dépasse la vulve sur une longueur de plusieurs centimètres : la malade affirme que le soir, lorsqu'elle a été debout toute la journée, la portion qui sort est beaucoup plus longue, et si on lui recommande de faire un effort, on assiste en effet à l'issue presque complète de la matrice coiffée du vagin. Le col n'est ni gros ni saillant ; son orifice est punctiforme, il n'est pas ulcéré et la muqueuse n'est pas ectropioniée, la profondeur de l'utérus est de 6 centimètres 5, il est très aisément réductible, mais ressort avec une facilité extrême. Le périnée est largement déchiré, la fourchette détruite et la vulve n'est séparée de l'orifice anal que par un pont très étroit.

Première intervention, le 8 septembre 1899, par M. le professeur Folet, qui procède par la laparotomie au raccourcissement intraabdominal des ligaments utéro-sacrés et au plissement transversal des ligaments larges ; l'opération est terminée par le raccourcissement également intraabdominal des ligaments ronds. Le résultat immédiat paraît parfait. Les suites sont simples, on obtient une réunion par première intention et les fils sont enlevés le 19 septembre. Malheureusement l'utérus n'est pas resté en bonne position et le résultat est à peu près négatif. Aussi, le 6 octobre, M. Folet étant empêché, je pratique une colporaphie très large, portant sur les parois antérieure et postérieure du vagin ; à cause de la largeur des lambeaux extirpés, qui comprennent la muqueuse vaginale presque tout entière, je ne fais pas de suture et je termine l'opération par une périnéoraphie.

Cette fois, le résultat fut très bon, et la malade quitta l'hôpital le 18 novembre, avec un utérus haut situé et bien suspendu.

Pour manifeste qu'elle soit, l'influence pathogénique de l'effort ne peut suffire à tout expliquer, car la chute de l'utérus et du vagin chez les vierges et les nullipares qui se livrent à de rudes travaux serait autrement fréquente. De même, dans notre observation, la déchirure du périnée, bien qu'elle place notre malade dans une situation très analogue à celle des femmes qui ont accouché, ne peut guère être considérée que comme une cause favorisante ; car il existe des femmes très déchirées qui n'ont plus même qu'un cloaque vulvo-anal et chez lesquelles l'utérus, ni le vagin ne tombent pas. Il faut donc admettre une prédisposition au prolapsus et cette prédisposition tient à la constitution du sujet. Chez les multipares atteintes de prolapsus, on observe toujours, sinon une éventration, du moins une surcharge graisseuse des

parois abdominales ou, au contraire, une véritable atrophie, la peau est marquée de profondes vergetures ; le périnée n'existe plus au point de vue fonctionnel, parce que tous les tissus sont flasques, atones, mous et insuffisants. C'est cet état particulier que RICHELOT attribue à l'arthritisme ; pour TUFFIER, c'est une maladie spéciale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus, d'où la ptose de nombreux organes.

Notre opinion est que, chez les nullipares, la situation est tout à fait semblable. Quand on examine avec soin les observations, on remarque que presque tous les auteurs ont noté un état général assez mauvais chez leurs malades ; toutes ces femmes sont loin d'être vigoureuses, leurs antécédents sont chargés, elles sont pâles, faibles, lymphatiques ou rachitiques ; leur bassin est souvent vicié et il est alors ou généralement rétréci ou cyphotique ou aplati, les muscles pelviens sont grêles, les parois vaginales d'une épaisseur si minime, qu'il semble que la muqueuse tapisse directement la paroi osseuse. Outre cette faiblesse de constitution, les sujets sont ordinairement mal nourris et surmenés par des travaux fatigants, peu en rapport avec leur âge. C'est, croyons-nous, cet état particulier et constitutionnel du système musculaire pelvien, qui permet surtout d'expliquer l'influence de l'effort sur la chute des organes génitaux.

Le traitement applicable doit varier suivant les cas. Il faut, avant tout, tenir compte de la pathogénie du prolapsus et si celui-ci est, par exemple, consécutif à l'apparition d'une tumeur abdominale, c'est à cette tumeur qu'il faudra tout d'abord s'adresser.

Dans les cas ordinaires, sauf chez les nullipares âgées, la préoccupation principale du chirurgien sera de chercher à guérir l'affection sans rien tenter qui puisse compromettre la fonction de reproduction ; avant tout il faut donc conserver l'utérus dont on fait souvent bon marché dans la cure radicale du prolapsus des multipares.

Plusieurs méthodes sont à notre disposition, nous ne ferons que les signaler, car elles sont suffisamment étudiées dans les traités spéciaux. ce sont : 1° les fixations de l'utérus à d'autres organes et principalement à la paroi abdominale.

2° Les opérations qui raccourcissent les ligaments de l'utérus.

3° Les opérations anaplastiques sur le vagin et le périnée.

Ces méthodes opératoires ont toutes leurs partisans sincères et convaincus. Nous dirons cependant que les fixations ne nous paraissent pas recommandables, car, « chez ces femmes relâchées, le péritoine pariétal ne demande qu'à glisser, l'adhérence utérine s'allonge en forme de bride et le glissement se reproduit. » (RICHELOT). Outre ces chances de récidive, d'autres inconvénients sérieux peuvent également résulter d'une fixation réussie — la pratique l'a démontré — au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. Le plissement des ligaments larges, le raccourcissement intraabdominal des ligaments utéro-sacrés et ronds, sont des opérations relativement nouvelles ; il leur manque la consécration de l'expérience, elles ont causé un échec dans l'observation que nous avons rapportée plus haut.

Reste donc la méthode anaplastique qui comprend la colporaphie et la périnéoraphie. Nous ne l'avons jamais vu échouer et ses résultats peuvent être considérés comme certains ; mais une bonne technique est nécessaire. Il faut que l'avivement soit très large selon les règles posées par M. le professeur FOLET dans le procédé qu'il a préconisé pour le traitement du prolapsus chez les multipares. La colporaphie postérieure particulièrement doit être une résection véritable, comprenant toute l'épaisseur de la paroi vaginale ; c'est en enlevant des lambeaux larges et épais qu'on diminue d'une façon suffisante l'ampleur de la paroi vaginale et qu'on l'empêche ainsi de se relâcher à nouveau dans l'avenir.

Sur l'utérus lui-même, on aura rarement à intervenir. Dans les prolapsus consécutifs aux accouchements des opérations complémentaires doivent être pratiquées sur l'utérus, car il est ordinairement augmenté de volume dans sa portion cervicale, soit par suite de la métrite du col, soit par suite de l'allongement du col causé par la traction permanente qu'exerce sur lui le vagin prolabé, - le curettage, le Schrœder, l'amputation sus-vaginale, voire même l'hysterectomie, sont presque toujours nécessaires. Dans le prolapsus des nullipares, au contraire, il est de règle que l'utérus ne soit pas augmenté de volume, le col n'est ni volumineux ni atteint de métrite et cette particularité tient probablement en grande partie à la rapidité de l'apparition de l'affection : le vagin n'a pas le temps d'amener l'élongation du col par sa traction continue. C'est pourquoi, nous le répétons, le chirurgien n'aura pas à intervenir sur le col. Et c'est bien

là encore ce qui distingue le prolapsus des nullipares, véritable hernie d'effort, de l'allongement hypertrophique du col, affection capable de se manifester chez les nullipares, et avec laquelle un examen superficiel pourrait le confondre.

Sur le périnée, malgré la conservation de la fourchette, il faudra placer un ou deux points profonds, car cette conservation est purement fictive. Chez les vierges, quand il se présente à la vulve, l'utérus distend d'abord l'hymen, l'amincit et le refoule circulairement contre l'anneau vulvaire; chez les nullipares déflorées (et non déchirées comme la nôtre), au fur et à mesure qu'il descend, il agrandit l'anneau vulvaire aux dépens du périnée qui s'amincit considérablement; en sorte qu'il n'y a plus en avant qu'un périnée psychique, constitué par l'adossement de la muqueuse vaginale et de la peau; c'est à cause de cet amincissement qu'on fera une périnéoraphie afin d'aller sur les parties latérales chercher et ramasser le plus possible, les fibres des muscles périnéaux étalées et refoulées.

La colpopérinéoraphie n'est pas une opération grave. Bien faite, elle a donné des succès définitifs. Elle satisfait complètement l'esprit parce qu'elle permet non-seulement la conservation de l'organe reproducteur, mais encore parce qu'elle n'apporte aucun obstacle à l'accomplissement de la fonction. C'est ainsi qu'une malade de Richelot s'est mariée après l'opération, et a pu mettre un enfant au monde, sans que sa guérison soit compromise.

Le voile du palais, organe de gustation

Par le docteur **A. Mariau,** médecin aide-major au 16e bataillon de chasseurs, ancien chef des Travaux anatomiques.

Oui ou non, le palais joue-t-il un rôle dans la perception des saveurs ? La littérature gastronomique est riche de locutions qui lui rapportent le mérite de toutes les sensations complexes, réunies et confondues sous le nom de goûts. En revanche, on sait le soin qu'ont pris les physiologistes de détruire sur ce point les préjugés vulgaires, et de réduire le palais et le voile à un rôle purement mécanique. Qui a raison dans ce débat ? Personne peut-être. Si tant est que le palais ait une part dans l'acte de la gustation, ce ne peut être que d'une façon tout accessoire, et les gastronomes, assurément, ont dû exagérer. Mais si cette part existe, pour faible qu'elle soit, les physiologistes n'ont-ils pas tort de la nier radicalement ? Nous essayerons d'éclaircir ce petit point de physiologie; le voile du palais est d'ailleurs à l'ordre du jour. La description de ses mouvements vient d'être complétée par MM. Couvelain et Crouzon, à la suite d'observations directes favorisées par une brèche chirurgicale (1). Le moment est bien choisi pour tâcher d'élucider quelques problèmes, relatifs à ses fonctions sensitives et à son innervation.

I

La physiologie classique restreint à la langue, et encore à certaines parties de la langue (la base et les bords), le siège exclusif de la fonction gustative. Nous voulons démontrer que le voile du palais n'est pas étranger à la perception des goûts. Ce dernier mot n'est pris ici, bien entendu, que dans son acception la plus restreinte. Le *goût* d'un mets, au sens vulgaire du mot, c'est la *saveur* et c'est aussi et plus encore *l'odeur* (le fumet, le bouquet); et il va de soi que le palais n'entre pour rien dans la perception des odeurs. Toute la question est de savoir s'il perçoit les saveurs. Pour s'en rendre compte, il doit suffire apparemment de porter à son contact des substances sapides en dissolution, et de constater si, oui ou non, la sensation se produit; l'expérience paraît bien simple. Voici pourtant qu'à peine annoncée, elle soulève deux objections que nous devons résoudre, avant d'aller plus avant.

1° Et d'abord il faut s'entendre sur le sens précis du mot *saveur*, ce qui n'est pas facile. Le sens du goût est celui de tous nos sens dont on conçoit le plus facilement qu'il n'est qu'un tact différencié. Depuis le toucher jusqu'à la sensation gustative la plus caractérisée, il y a une gamme, un spectre de transitions insensibles, et pour certaines sensations, en quelque sorte mitoyennes, on ne sait plus si la langue apprécie simplement une *variété de contact* ou si déjà elle *goûte*. De là des confusions fréquentes, et une facilité particulière à interpréter faussement les expériences. Laissons donc de côté toute la série de fausses saveurs qui ne sont que des formes de contact dues à l'état de division, à l'état sirupeux, aux propriétés caustiques, électrolytiques, etc., des substances ingérées (saveur farineuse, gommeuse, âcre, fraîche, etc.) Ne parlons pas non plus des saveurs salée, acide, alcaline, que nous croyons à la vérité être des saveurs vraies, mais qui sont contestées comme telles par un grand nombre de physiologistes, et ne faisons état, pour nous mettre à l'abri de toute discussion, que des deux seules saveurs sur lesquelles tout le monde s'entende, la saveur *sucrée* et la saveur *amère*. Toutes ces distinctions ne sont pas neuves, mais il était nécessaire de les reproduire.

2° Quand on veut rapporter les sensations gustatives à leur point de départ exact, on se trompe avec la plus grande

(1) *Société de Biologie*, 25 nov. 1899.

facilité. En fait, on s'imagine vulgairement que toute la muqueuse buccale est capable de percevoir ces sensations. L'observation attentive ne met même pas à l'abri de toute erreur. Si la bouche est fermée, la langue la remplit presque entièrement, son dos est au contact du palais et du voile. Si la bouche est ouverte et qu'on l'impressionne en un point quelconque avec une substance sapide, la langue, attentive et comme aux aguets, porte immédiatement sa pointe au point impressionné, et cela à l'insu et même contre la volonté du sujet que l'on étudie. De toute façon, la langue se met indûment en travers de l'expérience, perçoit la sensation et fausse le résultat. Elle le fausse d'autant mieux, qu'on a de la peine à se défendre de rapporter au point primitivement impressionné, la sensation que la langue a été seule à percevoir.

Voici, pour éviter cette seconde cause d'erreur, comment l'expérience doit être conduite. Le sujet étant assis bien au jour, la bouche grande ouverte, la langue abaissée comme pour l'examen de la gorge, le palais est badigeonné avec un tampon imbibé d'une solution sapide. La solution est, ou sucrée, ou amère, mais le sujet, qu'il ne faut pas suggestionner, n'en sait rien à l'avance. Il ne doit répondre, et répondre par une mimique convenue, que s'il perçoit une sensation : en levant la main droite si le goût est sucré, en levant la main gauche si le goût est amer; tout cela, on le conçoit, pour éviter que la langue se mêle en quoi que ce soit à l'expérience. Il faut qu'elle reste prisonnière sous l'abaisse-langue, jusqu'à ce que la réponse soit donnée. Si une goutte de liquide coule le long de la luette et tombe sur le V lingual; si la langue se cabre, si le voile s'élève et s'abaisse convulsivement, l'expérience doit être tenue pour nulle.

Nous avons soumis douze sujets à l'expérience ci-dessus décrite. Sur tous, nous avons pu constater de la façon la plus nette que les impressions gustatives sont perçues par la muqueuse palatine. C'est seulement au niveau du voile, surtout dans ses deux tiers postérieurs environ, que cette perception s'exerce. Elle n'existe ni au niveau du palais osseux, ni au niveau des amygdales. Les sensations qui lui succèdent, sans prêter à la moindre confusion, sont relativement obtuses et en tout cas moins vives que celles dont la langue est le point de départ. A défaut d'intensité, et ceci est surtout vrai pour la saveur amère, elles présentent un caractère remarquable de ténacité. La plupart des sujets se plaignent de ne pas pouvoir se débarrasser de l'impression d'amertume, et plusieurs ont des nausées d'une persistance toute particulière. On peut d'ailleurs se rendre compte que l'ingestion d'un liquide amer laisse au voile du palais un *souvenir* bien plus durable qu'à la langue. Retenons ce détail; il s'accorde d'une manière frappante avec ce que nous aurons à dire tout à l'heure de l'innervation sensitive du voile.

Dans les conditions ordinaires, le pouvoir gustatif du voile s'exerce en même temps que celui de la langue, sans doute au moment où le bol alimentaire, sur le point d'être dégluti, glisse à frottement entre ces deux organes. Les deux impressions donnent naissance à une sensation unique (à laquelle s'ajoute encore une sensation olfactive, s'il s'agit d'autre chose que d'une saveur simple), — et leur simultanéité fait qu'elles échappent à toute analyse. Ne semble-t-il pas pourtant que la persistance de l'amerture perçue par le voile soit implicitement reconnue dans cette phrase bien classique des Traités de matière médicale : « Telle substance (l'iodure de K. p. ex.) a une saveur salée, *puis* amère.....» ?

II

Le voile du palais est donc un organe accessoire de gestation. Quelles sont maintenant les voies de conduction chargées de transmettre aux centres ses impressions sensorielles ? Y a-t-il là, comme à la langue, un nerf spécialement affecté à cette fonction ? Résumons d'abord en deux mots ce que nous savons du ou des nerfs gustatifs ; nous serons mieux à même d'élucider cette question.

Des territoires gustatifs de la langue partent deux nerfs, le *lingual*, branche du trijumeau, qui dessert les deux tiers antérieurs; le *glosso-pharyngien*, qui dessert le tiers postérieur de cet organe. Les terminaisons de ces deux nerfs dans la muqueuse linguale sont impressionnables par les substances sapides. Il y aurait donc, selon toute apparence, deux nerfs gustatifs ? Mais, d'une part, — il est démontré que les filets gustatifs du lingual lui sont en entier fournis par la corde du tympan, qui se jette dans ce dernier nerf, et que le lingual réduit à ses filets propres est simplement un nerf de sensibilité générale. — D'autre part, la corde du tympan, bien qu'elle se détache du tronc du facial, a une origine toute différente de celle de ce nerf. Tout s'accorde à faire admettre qu'elle n'est pas autre chose que la continuation du *nerf intermédiaire* de Wrisberg. Ce nerf de Wrisberg, à son tour, d'où vient-il ? De par ses origines bullo-protubérantielles, il n'est lui-même qu'une racine toute supérieure, un faisceau erratique du glosso-pharyngien. C'est donc en réalité le nerf de Wrisberg qui, des deux tiers antérieurs de la muqueuse linguale, porte jusqu'aux centres les impressions gustatives; les troncs du lingual et du facial, étrangers par eux-mêmes à cette transmission, sont pour ses fibres de simples tuteurs. Et puisqu'enfin le nerf de Wrisberg est une racine du glosso-pharyngien, le glosso-pharyngien reste en définitive et à l'exclusion de tout autre, le seul nerf de la gustation (1).

(1) La théorie ci-dessus résumée est celle de Mathias DUVAL. Nous l'acceptons comme démontrée, parce que les faits bien établis sur lesquels elle se base ne sauraient recevoir une autre interprétation. V. d'ailleurs, pour la discussion, les traités de Physiologie classique.

Le voile du palais reçoit ses rameaux sensitifs des trois nerfs palatins, dont les ramuscules terminaux s'anastomosent dans l'épaisseur de sa muqueuse. Chercherons-nous dans l'un de ces trois nerfs les voies de conduction des impressions gustatives dont il est le siège indubitable ? Nous n'y sommes guère encouragés par les constatations précédentes. Le glosso pharyngien monopolise trop jalousement à la langue les fonctions qu'un autre nerf semblait partager avec lui, pour que nous soyons tenté d'admettre à propos du voile, l'existence d'un nouveau nerf gustatif. Or, l'anatomie nous montre que, précisément, le glosso-pharyngien prend part à l'innervation de la muqueuse palatine. Au moment où ce nerf longe le bord externe de l'amygdale, un peu au-dessus de la base de la langue, il s'en détache de nombreux filets anastomosés en un plexus, le *plexus tonsillaire* d'Andersch. De ce plexus partent des ramuscules dont les uns se distribuent à l'amygdale et dont les autres s'avancent jusqu'à la face inférieure du voile et s'épuisent dans sa muqueuse, au niveau des piliers et à la base de la luette. La conclusion s'impose : c'est que le nerf glosso-pharyngien préposé aux fonctions gustatives de la langue est également préposé aux fonctions gustatives du voile du palais. Comment en douter, surtout si l'on veut bien se rappeler que le nerf glosso-pharyngien, en raison de la sensibilité particulière de la langue aux impressions d'amertume et du réflexe nauséeux dont elle est le siège, a reçu le nom de nerf nauséeux? N'y a-t-il pas là une similitude remarquable avec ce qui se passe au niveau du voile, qui garde avec une persistante tenacité les impressions d'amertume, et dont la titillation éveille la réflexe nauséeux jusqu'à amener les vomissements ?

Il resterait, pour compléter la démonstration, à constater dans l'épaisseur de la muqueuse palatine, l'existence de *corpuscules du goût*. Des recherches de cette nature exigent des pièces fraîches, fixées pendant la vie, et la chirurgie est trop économe du voile du palais, pour donner souvent à l'histologiste l'occasion de s'en procurer des fragments. En attendant que ces recherches soient un jour possibles et sans préjuger en rien de ce qu'elles pourront donner, nous nous croyons autorisé à formuler les conclusions suivantes :

1° *Le voile du palais est un organe accessoire de gustation. Son pouvoir gustatif s'exerce au niveau de sa face inférieure, surtout en arrière, au voisinage des piliers et à la base de la luette ;*

2° *Les impressions sensorielles dont il est le siège sont transmises aux centres par le nerf glosso-pharyngien, lequel est, ici comme à la langue, le seul nerf de la gustation.*

Sur un cas d'érythème simple généralisé (intoxication par le salol) chez un bébé de 12 jours,

par le Dr **E. Ausset**, professeur agrégé,
chargé de la clinique infantile à l'Université de Lille.

Le 11 décembre 1899, mon collègue, M. le docteur Phocas, m'adressait un bébé de 12 jours, atteint d'une éruption généralisée.

C'est un enfant, venu à terme, nourri au sein, et semblant se développer normalement.

La mère, qui a 19 ans, se porte très bien, et un interrogatoire minutieux ne nous a décelé aucune maladie antérieure à l'accouchement. Il ne semble pas exister de syphilis.

Le vendredi 8 décembre, l'enfant avait alors 9 jours, la mère s'aperçut qu'il existait sur le côté droit du thorax une grosseur de la dimension d'un petit œuf ; à ce niveau la peau était très rouge et très chaude.

Le lendemain, elle conduisit son enfant à l'hôpital Saint-Sauveur, à la consultation de M. le docteur Phocas. Celui-ci, diagnostiquant un vaste abcès, fit une incision, il s'écoula du pus, et l'on put voir que la peau était décollée sur une assez grande étendue.

Il convient de noter que l'eau boriquée seule fut employée pour laver la plaie et la cavité de l'abcès. Un drain fut mis dans cette cavité, et on appliqua un pansement *à la gaze salolée.*

Ce pansement resta en place jusqu'au lundi 11 décembre.

Or, le dimanche 10 décembre, vers 5 heures du soir, l'enfant refuse de prendre le sein, et devient grognon. La mère constate alors que tout le corps est absolument rouge, d'un rouge très sombre.

Le lundi matin, l'enfant est à nouveau conduit à M. le docteur Phocas qui, constatant cette éruption, nous l'adresse à notre consultation.

Nous constatons alors que la presque totalité du tégument externe est d'un rouge très intense ; c'est une teinte absolument uniforme ne laissant aucun intervalle de peau saine, sauf à la face : sur les joues où il y a de chaque côté à peu près large comme une pièce de cinq francs de peau blanche, au niveau du nez, et sur le front, où il y a quelques points de peau saine. A part ces endroits, la peau est uniformément rouge ; il n'y a à sa surface aucune éruption miliaire, aucune saillie œdémateuse, aucune vésicule, aucune papule, aucune fissure ; nous le répétons, c'est un rouge sombre, mais lisse, absolument uniforme.

Notons que de ci de là on trouve quelques petits points de desquamation furfuracée.

Il n'existe pas le moindre catarrhe oculo-nasal ; il n'y a pas d'angine, mais toute la muqueuse buccale est d'un rouge très intense, elle présente évidemment le même érythème que la peau ; sur la face interne des joues, il y a quelques petits points blanchâtres ulcérés.

Rien aux poumons, rien au cœur. Pas de diarrhée, pas de vomissements.

Il n'y a pas la moindre trace de syphilis sur les muqueuses.

L'enfant est chagrin, la peau est un peu chaude ; mais en somme l'état général est bon, il n'y a pas la moindre fièvre ; il dort d'une façon assez calme ; mais il tête très difficilement à cause de sa stomatite.

Nous dirons immédiatement qu'après avoir posé les différents diagnostics, nous nous sommes arrêté à celui d'intoxication médicamenteuse par le salol. Nous regrettons vivement de n'avoir pu avoir des urines de cet enfant, ce qui nous aurait peut-être encore mieux éclairé. Mais tout à

l'heure nous discuterons ce diagnostic, continuons d'abord la relation de l'histoire de ce bébé.

La gaze salolée fut supprimée, remplacée par des pansements à l'acide borique ; puis on prescrivit un collutoire boraté-chloraté pour la stomatite. On conseilla en outre à la mère de tirer son lait dans une cuillère et de faire ainsi boire son enfant qui tétait mal à cause de la douleur provoquée par la succion.

Le lendemain 12 décembre la mère revient à la consultation. Elle nous dit qu'elle a pu assez bien alimenter son enfant comme nous lui avions prescrit. L'éruption a beaucoup pâli. On note de nouveaux petits points de desquamation sur les flancs et à la face. La stomatite est aussi moins intense.

Le 13, l'état est à peu près le même : l'éruption est à peu près disparue.

Le 14, la mère nous demande de recevoir son enfant dans le service, car nous lui avions prescrit trois bains boriqués par jour, et à cause de son travail elle dit ne pas pouvoir les donner.

Le 15, l'éruption a disparu. La mère, qui habite en face l'hôpital, vient toutes les deux heures donner le sein à son enfant. Nous constatons qu'il s'est formé, à côté du précédent abcès, une nouvelle collection purulente. Cependant la température n'est montée qu'à 37°9. L'abcès est incisé, il en sort du pus contenant des écheveaux de tissu cellulaire sphacélé.

Le 16. L'enfant, quoique sans fièvre, est très chagrine, tête très peu, cependant elle pesait 3 k. 250 à son entrée, et elle pèse ce jour 3 k. 275. Mais la mère, capricieuse, ne sachant ce qu'elle veut, désire reprendre son enfant. Depuis lors nous ne l'avons plus revue.

En résumé, voici un bébé de douze jours, en bonne santé apparente, qui fait des abcès sous-cutanés et après un premier abcès, un érythème généralisé.

Quelle est la cause de cet érythème, voilà ce qu'il convient de discuter maintenant.

Et d'abord nous n'avons pas besoin de faire remarquer qu'il ne peut s'agir ici de la rougeur cutanée que l'on voit chez tous les nourrissons pendant les premiers jours de la vie extra-utérine. Outre qu'il est exceptionnel de la voir durer plus d'une dizaine de jours, elle n'acquiert jamais cette intensité, cette couleur foncée, ce rouge sombre que présentait notre malade. D'autre part, il s'agissait bien dans notre cas d'une rougeur toute différente, car dans les rares endroits de peau saine cette rougeur tranchait très violemment avec la couleur normale de la peau. Et puis enfin, fait capital, la mère, très intelligente, s'est bien aperçue du début exact de cet érythème et a bien nettement différencié la rougeur normale qui s'effaçait déjà d'avec cette teinte rouge sombre toute nouvelle.

Nous ne parlerons pas non plus de petits points de desquamation furfuracée que nous avons notée, cette desquamation appartient justement à la rougeur normale des nouveau-nés ; ce qui le prouve bien ici c'est sa concomitance au moment où est apparu l'érythème qui nous occupe.

On ne peut non plus discuter sérieusement l'idée d'une rougeole, d'une rubéole ou d'une scarlatine. Non-seulement l'éruption différait très sensiblement des exanthèmes de ces trois infections, non-seulement on n'a pas signalé, que je sache, des fièvres éruptives chez des bébés de douze jours, mais encore aucun des autres symptômes généraux de ces diverses maladies n'existait chez notre malade.

On ne pouvait songer non plus à un *rash prévariolique*. Il y a dans ces cas toujours une fièvre très intense, des vomissements, de la constipation et enfin l'évolution ultérieure de la variole vient lever tous les doutes.

On aurait pu penser un instant à l'*érysipèle*. Mais réellement ce diagnostic ne peut nous arrêter longtemps. En effet, l'exanthème est tout d'abord très localisé, autour du cordon, d'une plaie quelconque, puis, lorsqu'il s'étend, il le fait moins rapidement ; en tous cas il ne devient jamais aussi généralisé. Au reste, quand il s'agit d'érysipèle, la tension, la tuméfaction œdémateuse de la peau, le bourrelet saillant, la fièvre, les vomissements viennent faire le diagnostic.

Nous devons aussi éliminer la *miliaire rouge*. Celle-ci se reconnaît à l'aspect granité de la peau, aux vésicules confluentes remplies de sérosité, et surtout aux grandes démangeaisons et à l'urtication de la peau. De plus, il existe une fièvre intense.

Les abcès que présentait notre malade pouvaient nous faire penser qu'il s'était fait une infection par le cordon et que l'éruption était un érythème infectieux analogue à ceux qu'on observe souvent au cours des diverses maladies infectieuses, grippe, fièvre typhoïde, diphtérie, etc. Mais s'il en avait été ainsi, nous aurions eu des phénomènes généraux graves que n'a pas présentés notre malade.

La syphilis ne peut être incriminée. Outre que la roséole spécifique est très rarement isolée et que l'on trouve presque toujours d'autres signes de la syphilis, la couleur de l'éruption est bien différente, et de plus cette éruption n'est jamais aussi généralisée.

La stomatite de notre bébé, jointe à son érythème, nous ont immédiatement fait supposer que nous avions affaire à une intoxication mercurielle ; ce que nous observions ressemblait tout à fait aux accidents produits par le sublimé. Mais aucun pansement n'avait été fait avec le sublimé. On nous dira que, pendant les suites de couches, la mère a peut-être reçu des injections de sublimé, qu'elle n'a pas, il est vrai, présenté, elle, d'intoxication, mais qu'elle a très bien pu absorber ainsi une certaine quantité de mercure qui, passant dans son lait, aurait été empoisonner le nourrisson. Nous ne savons pas si l'on a employé des injections de sublimé pour cette femme ; elle n'a pu nous renseigner. Mais *si elle en a reçu*, l'hypothèse que nous venons d'exposer peut être discutée. Nous ferons cependant observer que les accidents d'intoxication auraient été bien longs à se produire. En effet, cette femme est sortie de l'hôpital au quatrième jour. Les accidents du

nourrisson ne se sont montrés qu'au onzième jour. Ils auraient donc mis sept jours à se manifester.

Il nous paraît plus logique d'admettre qu'il s'agit ici d'une intoxication par le salol. Nous ferons en effet remarquer que c'est un jour et demi après le premier pansement au salol que s'est manifesté l'érythème et qu'il a disparu aussitôt la suppression de ce médicament. Au reste on a signalé un certain nombre de cas où le salol et l'acide salicylique ont produit des érythèmes semblables à celui présenté par notre bébé. Il y a un mois environ, notre distingué collègue, M. le professeur COMBEMALE, nous a communiqué un cas très intéressant où il avait su dépister l'intoxication salicylique derrière un érythème scarlatiniforme.

Nous croyons que dans ces cas l'examen des urines pourrait être d'un grand secours, en montrant la présence de l'acide salicylique. Malheureusement chez notre bébé nous n'avons pu faire cet examen.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à cause de la difficulté du diagnostic, de la généralisation de l'éruption, de la stomatite, et aussi à cause de la susceptibilité bien particulière de l'enfant. Il convient en effet de se rappeler qu'il fut employé seulement de la *gaze* salolée, et une seule fois ; la quantité de médicament absorbé a donc dû être très minime.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — MM. CLAIR et JOLY. La chique ou puce pénétrante a fait son apparition dans notre colonie de Madagascar.

Société de Chirurgie. — M. GÉRARD MARCHANT a eu l'occasion d'observer trois cas d'adénite précœcale d'origine probablement tuberculeuse, simulant uné appendicite.

Société de Biologie. — M. NOBÉCOURT relate ses expériences, d'après lesquelles la glycosurie alimentaire serait en rapport étroit avec le rachitisme.

Société médicale des Hôpitaux. — M. LEGENDRE recommande les bons effets du suc gastrique de chien, dans le traitement des dyspepsies.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les déracinés de la Médecine.

Si, comme le dit un proverbe, la faim fait sortir le loup du bois, si elle fait aussi se battre entre eux les ânes efflanqués devant la mangeoire vide, l'impécuniosité noire, la dèche, puisqu'il faut l'appeler par son nom, qui poursuit, hélas ! certaines professions libérales, met trop souvent quelques-uns de nos confrères dans l'obligation de demander à un autre genre d'exercice ce que leur art est incapable de donner légitimement.

Il serait curieux, sinon toujours réconfortant, de jeter un bref coup d'œil sur l'odyssée bizarre de ces désabusés, après qu'ils ont bravement jeté aux orties leur froc médical et par-dessus les moulins le bonnet doctoral. Ils ne sont du reste pas toujours à plaindre et encore moins à blâmer. Leur vie n'a souvent été qu'une série ininterrompue d'effondrements, sans une heure de calme ou de répit.

Pourquoi donc paraître surpris s'ils ont cherché à s'évader par une porte quelconque de sortie ? Qu'est-ce que cela peut bien faire, si la sortie a été honorable.

Il n'en est pas moins vrai cependant que le public regarde avec un étonnement nuancé de reproche le praticien assez osé pour déserter la thérapeutique au profit d'occupations moins philanthropiques peut-être, mais plus riches en bénéfices immédiats et palpables. Réminiscence, sans doute, de cette vieille et ridicule guitare (inventée par des clients à la reconnaissance encore plus légère que la bourse) qui assimile la médecine au sacerdoce et gratifie le médecin comme le prêtre d'une marque indélébile pour le temps et l'éternité !

Quoi qu'il en soit, il y a à Paris et aussi en province de nombreux médecins qui, tout en figurant dans les annuaires, ont planté là la médecine et ne veulent plus se souvenir du diplôme qu'ils ont en poche. La politique en a absorbé la majeure partie. Députés et sénateurs médecins encombrent le Parlement et je ne crois pas qu'une autre profession soit aussi largement représentée au Palais-Bourbon ni au Luxembourg. Encore ceux-là n'ont pas pour la plupart brisé définitivement avec leur ancienne profession. Le suffrage universel, si variable en ses manifestations, ménage parfois des surprises désagréables aux hommes qu'il a le plus favorisés ; battus et pas contents, les malheureux confrères en sont réduits à revenir tristement reprendre une chaîne qui leur paraît d'autant plus lourde qu'ils l'avaient transformée pour un temps en un mandat, que les épaules les plus débiles ne paraissent pas jusqu'à présent avoir jamais trouvé trop pesant.

Déracinés momentanément par le choix capricieux de leurs concitoyens, la volonté changeante de ces mêmes électeurs les réimplante bon gré mal gré dans leur ancien milieu.

Sic transit gloria...

Il paraît que certaines écoles libres comptent parmi leurs membres enseignants des docteurs en médecine. Former et redresser de jeunes intelligences, c'est encore faire œuvre de médecin et ma foi, cette façon d'exercer son art me paraît devoir donner tout autant de satisfaction que la pratique de la thérapeutique courante et l'application de l'orthopédie aux déformations corporelles.

La physique, la chimie, l'histoire naturelle, voilà presque toujours les matières d'enseignement choisies par nos confrères.

Et pourtant, qui donc, au moment redouté des examens de P. C. N., aurait pu découvrir de futurs professeurs chez les malheureux candidats empêtrés dans les formules chimiques ou totalement égarés à travers les nombreuses classifications de la botanique ?

D'autres, estimant sans doute que dans une société démocratique, le commerce est le levier le plus puissant pour arriver à la fortune, se depouillent hâtivement des préjugés dont une éducation libérale avait farci leur cerveau ; ils offrent au public les produits de leurs vignes ou les récoltes de leurs plantations et l'étude des belles-lettres dont a été nourrie leur enfance ne leur a pas été tout à fait inutile, car, dans la rédaction de leurs réclames et la manière de faire ressortir la supériorité incontestable de leur maison, la fréquentation ancienne des classiques leur assure le record d'une originalité de bon goût.

Si l'on en croit certaines statistiques, des patrons d'hôtel, et même des directeurs de cafés-concerts aussi, auraient dans leur jeunesse bourré leur mémoire de grec et de latin, et plus tard pâli sur les pages arides des traités d'anatomie.

C'est user de chemins bien détournés pour arriver à un but qui ne méritait pas tant d'efforts. Qui pourrait dire les vicissitudes, les nombreuses tentatives avortées de ces tristes épaves de la médecine ?

J'ai connu, pour ma part, un confrère qui avait mis au service de la défense de la société les facultés d'observation et de pénétration que développent forcément la pratique de la clinique; il était devenu commissaire de police d'une grande ville !

Enfin, exemple flatteur mais unique probablement, un de nos généraux de division est docteur en médecine !

Cela ne semble-t-il pas devoir prouver que la médecine aussi mène à tout... à condition d'en sortir !

La pléthore médicale, on ne saurait trop le répéter, voilà le grand mal dont souffre l'exercice de notre profession. C'est contre l'abus des prétendues vocations qu'il serait urgent d'agir sans retard.

Les sacrifices nécessités par les études médicales sont considérables. Que de parents ont dû souvent s'imposer des privations pour faire de leur fils un docteur ! Et pour aboutir à quels résultats, quelquefois !

Pour le petit nombre qui réussit, combien d'autres échouent et se voient dans la pénible obligation de rejeter comme un inutile outil ce diplôme, objet de tant de désirs et qui passe aux yeux de naïfs braves gens comme une garantie de considération et une source de légitimes profits.

(*Gazette des Eaux*). Dr RUELLE.

La revanche de la vaccine en Angleterre

Les antivaccinateurs ont triomphé, c'est entendu, par le vote de cette fameuse loi dite de la clause de conscience autorisant les pères de famille à soustraire leurs enfants à la vaccine lorsqu'ils croiraient cette opération dangereuse pour leur santé.

Mais ils ont gagné la première manche, ils n'ont pas encore gagné la seconde.

En effet, les Compagnies d'assurances sur la vie se sont prononcées pour l'obligation de la vaccine, et soixante-dix sur quatre-vingts ont renouvelé le dispositif de leurs contrats. Treize de ces Compagnies refusent absolument d'assurer les enfants non vaccinés ; les cinquante-sept autres considèrent que l'assuré non vacciné court plus de dangers que les autres et refusent de payer les primes au décès lorsque la mort est due à la variole. Dix compagnies seulement n'ont rien modifié dans leurs traités.

D'autre part, les partisans de l'obligation ont multiplié leurs démarches auprès des administrations privées, afin de fermer autant que possible l'entrée des carrières aux personnes non vaccinées : et l'on voit aujourd'hui des membres de ce cabinet qui a voté la vaccine facultative se prononcer implicitement pour l'obligation en déclarant que les bureaux seront fermés à tous ceux en faveur desquels il aurait été fait usage de la clause de conscience. Comme ministre, le duc de Norfolk a appuyé la clause de conscience, et il l'a voté comme pair du Royaume-Uni. Comme maître général des Postes, il ne veut que des employés vaccinés. Il en est de même au département de la Guerre, par décision du marquis de Lansdowne, et de la Marine par la volonté de M. Goschen. Le premier lors de la Trésorerie vient de prendre une décision analogue.

Enfin on voit se généraliser le mouvement inauguré par les propriétaires pour l'expulsion des locataires opposés à l'obligation. On aperçoit de plus en plus nombreux dans les rues les écriteaux indiquant des appartements ou des maisons à louer *not for unvaccinated tenants;* de telle sorte que les adversaires de l'obligation se trouvent avoir obtenu du cabinet Salisbury une liberté qui les expose au vagabondage et à la famine. (*Tribune médicale.*)

Les propriétaires et l'alcoolisme

Un propriétaire de la Chaux-de-Fonds a fait insérer dans les feuilles locales une annonce ainsi conçue : « A louer des logements de 400 à 500 francs. Les personnes affiliées à des sociétés de tempérance bénéficieront d'un rabais de dix pour cent sur le prix des loyers. »

Et comme on demandait à cet homme généreux les motifs de sa générosité spéciale aux gens sobres : — C'est, a-t-il répondu, que les gens sobres paient leur terme plus régulièrement que les autres, ne déménagent jamais à la cloche de bois et ne font de tapage ni le jour ni la nuit ! »

(*Revue de Thérapeutique*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

M. de Lapersonne a bien voulu communiquer à notre Rédacteur en chef les deux lettres ci-dessous. La question de l'éducation professionnelle est une de celles qui doit intéresser le plus les lecteurs de l'*Echo Médical* et à ce titre nous sommes très heureux d'être autorisés à publier ces deux lettres :

Monsieur le Doyen et très honoré Confrère,

Un article récent de M. le Dr Dumas, de Lésignan, sur le *stage professionnel*, dont vous trouverez dans le numéro ci-joint de la *France Médicale* les parties essentielles, vient de soulever dans le monde médical un légitime émoi, non pas tant par le moyen qu'il propose, que parce qu'il correspond à une préoccupation fréquente chez les jeunes médecins qui abordent la clientèle.

Voulez-vous me permettre de vous demander :

1° S'il vous paraît nécessaire de modifier l'état de choses actuel au point de vue de *l'éducation professionnelle* du médecin.

2° Si le projet du Dr Dumas vous paraît bon ?

3° Quel serait le moyen qui vous semblerait le meilleur ?

Pardonnez-moi mon indiscrétion, Monsieur le Doyen et très honoré Confrère, mais vous penserez comme moi que de l'ensemble des avis donnés par ceux qui dirigent nos grandes Facultés peut sortir peut-être une utile réforme ou un sage conseil.

Veuillez agréer, avec mes remerciements, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr Albert Prieur,
Rédacteur en chef.

***

M. le docteur Albert PRIEUR,
rédacteur en chef de la *France médicale*.

Mon cher Confrère,

Vous avez bien voulu me demander mon avis sur la création d'un stage professionnel, proposé par notre confrère le docteur Dumas (de Lésignan). Je réponds d'autant plus volontiers à votre demande, que l'avenir des jeunes confrères que nous lançons tous les ans dans la carrière, en leur remettant le parchemin doctoral, est une des questions qui me préoccupe le plus.

J'ai lu avec grand intérêt le charmant article que notre spirituel confrère a publié dans l'*Echo médical des Cévennes* et que la presse médicale a reproduit avec juste raison. Mais si le moyen proposé par le docteur Dumas *part d'un bon naturel*, il me paraît aussi peu pratique que possible.

Je ne vois pas très bien un médecin praticien de la ville, à plus forte raison de la campagne, traînant à sa suite, tels les maîtres du moyen-âge, chez les divers malades de sa clientèle privée, une théorie de jeunes disciples. Les disciples, certes, ne manqueraient pas, les uns sérieux, les autres... amateurs. On trouverait même quelques confrères qui ne recu-leraient pas devant cette lourde tâche et cette grosse responsabilité. Ce qui manquerait le plus, à mon avis, ce serait les malades qui consentiraient à recevoir ainsi chez eux, un ou plusieurs jeunes médecins, sous prétexte de les initier aux difficultés de la clientèle.

Ce qui a singulièrement faussé la question, ici comme pour les Chambres médicales (dont je reste partisan en principe) c'est l'assimilation que l'on veut toujours faire de notre profession avec celle de pharmacien, des avocats, des notaires, etc... Est-il nécessaire de redire encore une fois que les conditions ne sont pas du tout semblables? Que le pharmacien dans son officine, que l'avocat au tribunal, que le notaire ou l'avoué dans leur étude, ne peuvent pas être assimilés au médecin qui reçoit le malade dans son cabinet ou va le visiter chez lui.

Non, le stage professionnel, ainsi que le comprend M. Dumas, me paraît impossible. Mais nous devons, par tous les moyens, chercher à fortifier l'éducation professionnelle des jeunes médecins, et nous sommes reconnaissants à notre excellent confrère d'avoir attiré à nouveau l'attention sur cette question capitale, qui plus que jamais est d'actualité.

Sans rien changer aux lois existantes, dont l'arsenal est déjà suffisamment vaste, il me semble que les moyens à mettre en œuvre sont de deux ordres : 1° l'enseignement par les livres et les journaux de médecine ; 2° le développement de l'éducation professionnelle dans nos Facultés et Ecoles.

1° On ne saurait trop encourager les publications de livres ou monographies faisant connaître, sous une forme claire et précise, les droits et les devoirs du médecin envers l'Etat, les collectivités ou les individus. Mais c'est surtout la grande presse médicale, dont les moyens d'information sont de plus en plus rapides et étendus, qui ne devrait jamais manquer une occasion de répandre les faits intéressant la profession médicale proprement dite. Chaque journal de médecine devrait, sous une rubrique spéciale, s'occuper des intérêts de la profession, de la défense de nos droits, de la solution intervenue dans les différents litiges. Dans une circonstance assez récente, que nous avons tous présente à l'esprit, la campagne entreprise dans la presse médicale, la solidarité montrée par les divers organes de cette presse, n'ont-elles pas eu la plus heureuse influence sur l'issue d'un procès dont dépendait l'honorabilité professionnelle d'un confrère. Cet exemple, entre bien d'autres, devrait encourager nos grands journaux de médecine, qui sont d'ailleurs entrés depuis quelques années dans cette voie, à développer encore davantage, à côté de la partie scientifique, la partie professionnelle de leur programme. Ils le feraient, en raison de leur autorité, sans avoir jamais recours à des polémiques vaines, à des discussions passionnées, à des personnalités blessantes.

2° Dans les Facultés et Ecoles de médecine les professeurs chargés de l'enseignement ne doivent jamais oublier le rôle *d'éducateurs* qu'ils sont appelés à remplir. Rien n'est écrit dans nos programmes ou règlements, et rien ne peut l'être. Mais ne sait-on pas, par exemple, que dans une clinique, à propos d'un cas quelconque, le professeur peut, faisant appel à ses souvenirs, indiquer les difficultés qui peuvent se présenter en clientèle et donner à ses élèves le moyen de les éviter. Parmi nos maîtres, n'avons-nous pas gardé le meilleur souvenir de ceux qui se sont le plus occupés de notre avenir professionnel, et quelques-uns de leurs bons conseils, restés gravés dans notre mémoire, ne nous ont-ils pas souvent aidés dans les débuts de notre carrière ?

Certes, ces leçons de choses sont de la plus grande utilité, mais je voudrais davantage encore. Je voudrais que nos élèves, avant de quitter les *bancs de l'école*, puissent recevoir quelques notions sur leurs droits et surtout leurs devoirs dans la profession qu'ils vont exercer. C'est une idée que je caresse depuis longtemps et que je ne désespère pas de mettre un jour à exécution à la Faculté de Lille, car elle est surtout praticable dans nos Facultés de province, où les élèves sont moins nombreux et où nous les connaissons mieux. Dans une série de conférences, ou plutôt de causeries, sans aucun caractère officiel, un ou mieux plusieurs professeurs montreraient aux élèves quels sont les principes qui doivent toujours les guider dans leurs rapports avec les malades, les confrères, les administrations. Ils leur diraient ce qu'il faut entendre par Associations médicales, Syndicats, œuvres d'assistance et de prévoyance médicale. Ils étudieraient avec eux les lois qui régissent les questions d'honoraires, qui nous protègent (si peu) contre l'exercice illégal de la médecine, qui règlent nos rapports avec l'autorité judiciaire (expertises) administration (assistance médicale gratuite), avec les sociétés d'assurances et de secours mutuels, etc.

Ce ne serait pas un cours magistral, comme l'ont demandé plusieurs Associations médicales. Il n'est pas nécessaire d'avoir un professeur spécial de déontologie médicale; et puis l'enseignement officiel entraîne la sanction de l'examen, qui ne me paraît pas indispensable. Non ! il faudrait garder à ces causeries, s'adressant à des jeunes gens qui seront demain nos confrères, un certain caractère d'intimité.

Voilà, mon cher confrère, quels sont les moyens qui me paraissent pouvoir être réalisés pour le moment. Ils ne nécessitent aucun changement dans l'organisation de l'enseignement médical, et, en attendant mieux, ils peuvent rendre quelques services à notre profession.

En terminant, laissez-moi exprimer le vœu que le prochain Congrès international de médecine professionnelle veuille bien s'occuper de cette question de l'éducation professionnelle du médecin. Dans la circulaire provisoire que nous avons reçue, elle ne figure pas parmi les questions qui font l'objet des rapports des sections. Mais à propos des principes fondamentaux de la déontologie médicale, il sera possible au professeur GRASSET de la traiter avec une haute compétence.

Veuillez recevoir, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués. F. DE LAPERSONNE.

NOUVELLES & INFORMATIONS

A la demande de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, le **Congrès international d'Electrologie et de Radiologie médicales** dont elle a pris l'initiative est rattaché aux Congrès internationaux de 1900.

Un comité composé de MM. WEISS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président ; APOSTOLI et OUDIN, vice-présidents ; DOUMER, secrétaire-général ; MOUTIER, secrétaire ; BOISSEAU DU ROCHER, trésorier ; et de MM. BERGONIÉ, BOUCHACOURT, BRANLY, BROCA, LARAT, RADIGUET, VILLEMIN, a été chargé d'en assurer l'organisation.

Ce Congrès se tiendra à Paris du 27 juillet au 1er août 1900.

Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le professeur E. DOUMER, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille ; et pour les adhésions à M. le Dr MOUTIER, 11, rue de Miromesnil, Paris.

Distinctions honorifiques

Médaille des épidémies. — *Argent* : MM. les docteurs BARRÊME, CLOUARD, ROUSSELOT, BÉNAUD, de l'hôpital de Tananarive (Madagascar) ; *Bronze* : MM. BÉJOUAHARY, LE MOAL, RAJOHUAESA, étudiants à l'hôpital de Tananarive (Madagascar).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DEVAY, de Lyon, victime du devoir professionnel, assassiné par un aliéné ; DUCLOS, Féral (Morbihan ; SOLARI, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; ARREN et DESCHAMPS, médecins sanitaires maritimes, à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; ROCQUES, de Chartres (Eure-et-Loir) ; BODEAU, de Niort (Deux-Sèvres) ; Gabriel TOUDES, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Nancy, associé national de l'Académie de Médecine ; MOURIN, recteur honoraire de l'Académie de Nancy.

HERNU, de Laventie (Pas-de-Calais) ; LEMAITRE et WARENGHEN, de Calais (Pas-de-Calais).

Nous adressons aux familles de ces confrères, nos plus sincères condoléances.

FERRAD, externe des hôpitaux de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. Sauleu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels depuis le 1er Janvier 1900. Chaque fascicule 1 fr. Souscription à forfait : 15 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Deux internes des Hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois, ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et

de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Leur but a été de faciliter la tâche de l'étudiant; non seulement ils lui donnent sous une forme aussi synthétique que possible, la matière des questions qui sont données d'une façon courante, mais ils ont surtout voulu montrer comment, pour faciliter le travail de la mémoire, il est possible de ramener à un plan uniforme presque toutes les questions. Persuadés que l'ordre est la première condition d'un travail fructueux et que beaucoup d'élèves perdent, par le manque de méthode, un temps parfois considérable, ils ont dégagé de l'ensemble des sujets, sous forme de schéma, quelques plans types, qui seront comme des *moules* auxquels on pourra adapter telle ou telle question particulière, et qui devront ainsi aider la mémoire dans son travail de recherche.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En Pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

L'ouvrage, luxueusement imprimé, est illustré de très nombreuses figures originales. Ce sera le guide indispensable à l'étudiant qui commence son stage hospitalier.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

4me SEMAINE, DU 21 AU 27 JANVIER 1900

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	6
3 mois à un an	6	7
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	3	4
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	3	3
20 à 40 ans	6	10
40 à 60 ans	9	7
60 à 80 ans	10	11
80 ans et au-dessus	2	8
Total	45	59

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	3	1	»	1	1	»	»	»	»	1	»	7
Bronchite et pneumonie	4	1	2	3	2	2	»	»	1	1	2	18
Maladies organiques du cœur	»	»	2	»	1	»	»	»	2	»	»	5
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	3	5	»	»	1	»	1	»	»	11
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	2	4	2	3	»	2	1	»	3	»	»	17
Méningite tuberculeuse	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Autres tuberculoses	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3
Accident	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Suicide	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	1	4	5	6	2	7	4	2	3	1	1	36
TOTAL des DÉCÈS	12	12	16	19	6	13	7	3	10	3	3	104
NAISSANCES par Quartier	6	8	14	27	8	6	8	6	15	2	2	102

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 161. Quatrième Année, N° 6. Le Numéro : **10** centimes. 11 Février 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'isolement dans les maladies infectieuses,

par M. **Surmont**, professeur d'hygiène.

Leçon recueillie par M. **J. Drucbert**, interne des Hôpitaux.

Le terme isolement est de ceux qui n'ont pas besoin de définition, son sens médical étant exactement le même que sa signification courante. L'isolement est pratiqué en médecine dans deux buts bien différents; tantôt il vise à être curatif et il est, à proprement parler, une méthode de traitement; tantôt, au contraire, il a pour but, non-seulement d'assurer des soins au malade, mais encore d'empêcher celui-ci de propager son affection autour de lui.

Dans les maladies infectieuses, l'isolement est pratiqué à la fois dans un but thérapeutique et dans un but prophylactique. Il serait bien à désirer que la pratique de l'isolement dans les maladies infectieuses se répandît en France plus qu'elle ne l'est à l'heure actuelle. On admet couramment que certaines affections nerveuses graves (neurasthénie, hystérie, vésanie) se trouvent au mieux de l'isolement; l'entrée dans des maisons de santé spécialement aménagées commence à être acceptée de la plupart dans le cas d'opérations chirurgicales ; combien ne serait-il pas plus utile encore de voir les malades atteints de maladies contagieuses, dirigés vers des maisons spéciales où ils recevraient d'un personnel de choix des soins plus intelligents, et augmenteraient ainsi leurs chances de guérison, tout en diminuant les dangers de contagion pour leur entourage. Ce vœu n'est nullement irréalisable, puisque l'on voit actuellement certaines villes anglaises, comme Glasgow, Edimbourg, isoler ainsi 70 et même 90 °/₀ de leurs malades contagieux.

Dans les temps les plus reculés, on trouve des traces de la pratique de l'isolement ; et pourtant ce n'est guère que depuis FRACASTOR, que la doctrine de la contagion a pris corps en médecine. Le sentiment qui guidait les anciens, semble avoir été la crainte qu'inspirait le malade.

Moïse avait édicté contre les lépreux un ensemble de mesures hygiéniques et prophylactiques, dont faisait partie l'isolement. Les malades devaient rester isolés jusqu'à ce qu'un nouvel examen du prêtre les déclarât guéris et permît de faire sur eux l'offrande des sacrifices expiatoires. La loi était si sévère, que la sœur de Moïse, atteinte de lèpre, fut obligée de s'y soumettre, et que plus tard un roi affecté de la même maladie dut lui-même accepter la séquestration.

En Perse et dans l'Inde, la lèpre était réglementée

600 ans avant Jésus-Christ; Arétée recommande également l'isolement contre elle ; enfin, pendant tout le moyen-âge, l'Europe entière fut couverte de léproseries. On trouve des traces de ces établissements en France dès 571 (article Lèpre du Dict. Jaccoud. Alf. Hardy et E. Labarraque); plus tard il en exista souvent plusieurs dans la même ville. En même temps des règlements très sévères étaient établis, qui interdisaient aux malheureux lépreux toute communication avec le reste des hommes. Dès 757, on rencontre des édits de Pépin le Bref, réglant la dissolution du mariage des lépreux ; il existe des ordonnances de Charlemagne sur le même sujet. La société, qui édictait d'une façon si sévère l'exclusion de ces malades, semble s'être occupée beaucoup moins de leur assurer les soins nécessaires que de se protéger elle-même. La société moderne comprend beaucoup mieux ses devoirs à cet égard et voit dans l'isolé, non-seulement un être dangereux à écarter, mais encore un malade à soigner. Il n'est pas douteux toutefois que l'isolement, tel qu'on le pratiquait alors, n'ait été un des agents de la diminution progressive de l'aire de la lèpre en Europe.

En ce qui concerne les maladies infectieuses aiguës, l'isolement a été employé d'abord contre la peste. On sait les ravages énormes causés par cette maladie pendant tout le moyen-âge; sous l'influence de la terreur provoquée par son apparition, les pouvoirs publics prirent des mesures de défense, au nombre desquelles on trouve l'isolement.

Venise, entrepôt de l'Orient, fut la première à créer un lazaret, où étaient dirigés les navires suspects avec leur équipage et leur chargement (1403). Son exemple fut bientôt imité par les autres villes en rapport avec le Levant, et même par des villes de l'intérieur. Dans les lazarets étaient entassés pêle-mêle, malades et suspects; les mesures de désinfection y étaient peu connues ou notoirement insuffisantes, de sorte que les lazarets devenaient bientôt, par suite de l'accumulation des malades et de la multiplication des causes de contagion, des foyers d'infection, dont la population s'écartait avec terreur.

L'isolement aujourd'hui ne peut plus être compris de la même façon. Qu'il s'agisse de maladies infectieuses aiguës, ou de maladies infectieuses chroniques, l'isolement doit, de toute nécessité, être complété par les mesures énergiques de désinfection, que la science et l'outillage modernes ont mises à notre disposition ; les locaux d'isolement doivent être non pas un foyer de multiplication des germes, mais leur tombeau.

Quatre moyens d'isolement ont été pendant longtemps en usage général en Europe : ce sont les barres, les cordons sanitaires, les quarantaines et les lazarets. Il est bon d'en dire un mot avant de passer à la description de l'état actuel.

Barres. — Les barres étaient d'un usage général au XVIe et au XVIIe siècle ; on barrait les particuliers, on barrait les maisons, les quartiers, on barrait les villes elles-mêmes.

Quand les barres étaient simples, on se contentait de garder les routes du pays barré ; d'autres fois, on employait la barre serrée ; les postes de la police sanitaire étaient armés, et multipliés aux alentours de la contrée.

On aura une idée suffisante de ces barres, en voyant ce qu'elles étaient à Lille au XVIIe siècle ; le docteur Caplet nous a donné sur ce point des renseignements intéressants.

Un cas de peste éclatait-il dans une maison, le public devait en être averti par un signal indiquant que la maison était infectée : C'était d'ordinaire une croix en paille. Les gens riches ou aisés étaient autorisés à s'isoler chez eux, les pauvres, transportés au lazaret. Les pestiférés « se tiendront en leur maison sans pouvoir en sortir à quelque prétexte que ce soit, ny mesme d'entendre la messe, aller au marché, ny autrement » et ceci pendant la durée de leur infection ordinairement fixée à six semaines. La sévérité de l'isolement est atténuée par l'autorisation accordée aux pestiférés d'aller prendre « leur rafraîchissement d'air sur les Ramparts » le matin et le soir, à des heures où les rues sont désertes.

« Sont réputés infectés, non-seulement ceux qui sont entachés du mal contagieux, mais encore ceux qui habitent la maison d'un pestiféré, ceux qui ont vécu avec les pestiférés ou leur ont seulement parlé (les médecins par exemple), enfin ceux qui enterrent les morts de la peste ». Ces personnes ne pouvaient sortir qu'ayant à la main une verge blanche, longue de trois à quatre pieds « la tenant droite en sorte que l'on puisse voir le bout par dessus leur chefz ». Il leur était interdit d'entrer dans les boutiques, mais ces mesures n'étaient applicables qu'en cas de décès du pestiféré.

Lorsqu'un cas de peste se déclarait dans une maison, ceux qui en sortaient immédiatement échap-

paient à l'*infection* si le malade ne succombait pas dans les vingt-quatre heures.

Les maisons où séjournait un malade étaient immédiatement barrées, les provisions passées par les fenêtres par les voisins. Si un décès se produisait dans la maison, on y mettait une barre blanche pour six semaines. Si le malade succombait après son transport au lazaret, la barre était verte et laissée trois semaines. Enfin si la maison était totalement abandonnée par ses habitants, on y plaçait une barre de fer pour toute la durée de l'épidémie.

D'après les théories médicales régnantes, on s'imaginait que les pestiférés étaient plus dangereux à l'agonie; les cadavres étaient plus redoutés encore; d'où un redoublement de sévérité contre ceux qui approchaient les mourants ou les morts.

Les barres étaient très strictement appliquées; la fustigation, l'amende, l'emprisonnement, la mort même menaçaient ceux qui auraient pu tenter de s'y soustraire. On voit par exemple une ordonnance de Louis XIV au gouverneur de Dunkerque prescrire de faire tirer sur ceux qui tenteraient de sortir des lazarets. Les bourgeois eux-mêmes se défendaient parfois les armes à la main contre les approches des habitants des villes infectées.

Les médecins subissaient la règle commune et étaient considérés comme infectés lorsqu'ils donnaient des soins aux pestiférés. Il semble cependant que certains d'entre eux, probablement fort réputés, furent dispensés par le magistrat d'entrer en infection, tout en étant autorisés à donner leurs soins aux malades, Quant aux médecins attachés aux lazarets, ils n'en pouvaient plus sortir qu'à la fin de l'épidémie, et ils étaient si souvent victimes du devoir professionnel, qu'on voit à Lille le magistrat entrer en pourparlers avec le successeur éventuel du chirurgien en fonctions.

Cordons sanitaires. — Les cordons sanitaires étaient formés de troupes disposées à l'entour d'une ville infectée, avec mission d'empêcher toute communication entre les habitants et l'extérieur. En 1720, lors de la peste de Provence, les cordons sanitaires étaient encore constitués avec une sévérité dont on se rend compte par la citation suivante :

« D'abord que les commandants seront avertis qu'il y a un endroit attaqué, ils le feront investir à environ une demi-lieue, posteront les sentinelles assez près pour se communiquer, feront patrouiller continuellement pendant la nuit.... En cas que ceux qui sont bloqués veuillent sortir par force, le commandant menacera de les passer au fil de l'épée, et si quelqu'un venait à s'échapper, on le poursuivra, on le prendra, on le ramènera près du lieu dont il s'est sauvé et on lui cassera le tête en présence de ses compatriotes pour leur servir d'exemple... On fera provision de vinaigre pour tremper l'argent et les lettres qui doivent toujours être sans enveloppes. On tuera tous les chiens et les chats, au moins une lieue à la ronde, parce qu'ils communiquent souvent le mal.....

» Pour éviter toute communication entre ceux qui sont bloqués et les soldats, il ne sera permis aux premiers de ne s'avancer qu'aux barrières quand ils auront besoin de parler à quelqu'un, et aux seconds, sous peine de vie, de n'avancer qu'à dix pas sur le territoire bloqué, et les sentinelles auront ordre de tirer d'abord sur les contrevenants. ...

» Il faudra avoir un nombre de gens armés pour faire faire leur devoir à ceux qui ont soin des malades et d'enterrer les morts et faire casser la tête à ceux qui voleront ou cacheront les hardes pestiférées..... Il sera défendu de faire le service divin dans les églises.....

» On ne permettra aucun attroupement..... Si quelque médecin ou chirurgien, par crainte, voulait se retirer, et que les sentiments de religion et d'honneur ne le puissent retenir, on le fera rester de force en le menaçant de lui casser la tête ».

Depuis que les mœurs se sont adoucies, les cordons sanitaires ont encore perdu du peu de valeur prophylactique qu'ils pouvaient avoir. Comme il est impossible en effet de prévenir tout contact entre les investis et leurs gardiens, ces derniers deviennent habituellement les premières victimes de la contagion.

Pourtant quelques pays ont, jusque dans ces derniers temps, gardé les cordons sanitaires comme des moyens de prophylaxie utilisables. Ils peuvent rendre encore quelques services dans des circonstances exceptionnelles et bien déterminées, par exemple dans les régions montagneuses où les communications ne peuvent se faire que par quelques défilés étroits faciles à surveiller.

En dehors de ces cas, les cordons sanitaires sont condamnés par tous les hygiénistes ; leur insuffisance a été démontrée tout dernièrement encore par la peste d'Oporto. En Turquie, où les cordons sanitaires ont été utilisés jusque dans ces derniers temps,

les troupes chargées de ce service, ont été très souvent un agent de propagation de l'épidémie.

Il faudrait en tous cas, à l'heure actuelle, joindre aux postes de surveillance des postes de désinfection suffisants.

Quarantaines. — Les quarantaines sont une des formes les plus anciennes de l'isolement ; leur nom vient de ce qu'autrefois elles avaient effectivement une durée de quarante jours. Appliquées aux navires, aux équipages et aux passagers infectés ou de provenance suspecte, les quarantaines ont été imaginées d'abord par les Vénitiens et appliquées par eux dans leur lazaret de l'île Sainte-Marie de Nazareth. La durée prolongée de cet isolement était acceptée sans trop de difficulté à l'époque de la navigation à voiles ; en particulier par les équipages qui trouvaient dans leur séjour à terre une nourriture plus saine qu'à bord, et surtout de l'eau fraîche et des aliments non conservés.

Avec les progrès du commerce et le développement de la navigation à vapeur, les quarantaines devaient être forcément de moins en moins supportées par les marins et les commerçants. Aussi leur durée a-t-elle été réduite progressivement, et à l'heure actuelle, la tendance de l'organisation sanitaire française, telle qu'elle a été réglée en particulier par le décret du 4 janvier 1896 sur la police sanitaire maritime, est de les diminuer ou même de les supprimer complètement et de remplacer, dans la mesure du possible, les mesures prises au point de débarquement par des mesures prises au point de départ et en cours de route. L'efficacité de ces mesures doit, du reste, être vérifiée par la visite médicale et la surveillance à l'arrivée.

Lazarets. — Les anciens lazarets étaient des établissements où débarquaient à la fois malades et suspects ; l'absence de mesures de désinfection suffisante devait forcément, dans ces conditions, multiplier les chances de contagion ; mais il serait injuste de ne pas ajouter qu'assez souvent la peste n'a pas dépassé les limites de l'établissement. De 1720 à 1837, on compte neuf épidémies éteintes sur place au lazaret de Marseille.

Aujourd'hui les anciens lazarets ont été remplacés sur les côtes de France et d'Algérie par des lazarets proprement dits et des établissements moins importants, dits stations sanitaires. L'un et l'autre doivent être établis selon toutes les règles de l'hygiène contemporaine. Ils doivent être pourvus de tous les appareils nécessaires à la désinfection des marchandises et des navires, ils doivent enfin et surtout avoir des locaux distincts, soit pour les malades d'une part et les suspects d'autre part, soit pour les marchandises avant et après désinfection. Nous n'avons pas à entrer ici dans la description détaillée des lazarets.

En principe, l'isolement, que nous étudions ici à part, doit toujours être associé à d'autres mesures de prophylaxie nécessaires pour lui donner toute son efficacité. Ces mesures sont, d'une part, la désinfection, d'autre part la déclaration obligatoire aux pouvoirs publics des maladies contagieuses dans lesquelles l'isolement est à désirer. Si les pouvoirs publics rendaient l'isolement obligatoire dès les premiers cas de ces maladies, l'extinction des épidémies se ferait d'une façon rapide et pour ainsi dire automatique. Malheureusement, cette obligation n'est pas dans les lois et il ne semble pas que nos mœurs admettent de sitôt une pareille mesure.

Bien que la protection de la santé des citoyens soit un devoir pour l'Etat, l'isolement n'est obligatoire ni en France, ni en aucun autre pays d'Europe ; cette obligation existerait cependant au Japon, pour certaines maladies.

En Angleterre, une loi qui date de 1875, autorise les pouvoirs publics à faire transporter d'office, dans des établissements d'isolement, les malades, si le logement qu'ils habitent leur est commun avec beaucoup d'autres individus, ou si leurs ressources sont insuffisantes pour leur assurer des soins convenables. Un autre article de loi, qui augmente beaucoup le pouvoir des autorités sanitaires, leur permet d'interdire de garder les malades atteints d'affections contagieuses dans les habitations des personnes qui reçoivent beaucoup de clients chez elles ; comme par exemple les coiffeurs, épiciers, etc.....

Enfin la loi anglaise frappe d'une forte amende le propriétaire ou l'hôtelier qui loue, sans l'avoir fait désinfecter suffisamment, un logement antérieurement occupé par un contagieux.

On conçoit que sous l'influence de ces multiples sollicitations indirectes, la population ait pris, dans un certain nombre de villes anglaises, l'habitude d'aller se faire soigner dans des établissements spéciaux.

L'existence d'établissements d'isolement suppose le

transport des malades par des véhicules spéciaux ; ce mode de transport devrait être obligatoire. En France, il n'en est rien jusqu'à présent ; un premier pas dans la voie de ce progrès a été fait cependant par les municipalités assez nombreuses aujourd'hui, qui, comme celles de Lille, ont organisé un service spécial de voitures d'ambulance pour le transport des malades dans les hôpitaux. Ce service, facultatif, fonctionne presque partout d'une manière imparfaite.

En Angleterre, c'est un délit, étant atteint de maladie contagieuse, que de se faire transporter dans une voiture publique, et l'on peut encourir de ce fait une amende de 40 livres (1000 fr.).

On a vivement débattu la question de la durée du trajet que l'on peut sans danger imposer aux malades atteints d'affections contagieuses. De la solution de ce problème dépend en effet le choix de l'emplacement des services d'isolement. Des résultats statistiques nombreux qui ont été rapportés en particulier par les auteurs anglais, il résulte qu'un malade, atteint de fièvre typhoïde, l'une des infections qui supportent le moins le transport, peut, sans inconvénient, avec de bons véhicules et sur une bonne route, supporter un trajet de dix, douze et même quinze kilomètres. On a donc une latitude suffisante pour le choix des services d'isolement, et il sera facile, en presque toute circonstance, de trouver dans la banlieue des villes, un emplacement présentant les conditions voulues, et, d'autre part, suffisamment relié, au moyen de communications, pour en rendre l'accès facile aux médecins et aux visiteurs.

Il y a quelques années, lorsque les idées sur la contagion par l'air étaient moins précises qu'aujourd'hui, la question de l'emplacement à donner aux services d'isolement était plus discutée, parce que l'on croyait à la possibilité de la diffusion par l'air des germes morbides. Aujourd'hui l'on sait que pour protéger les quartiers avoisinants contre tout danger d'infection par l'air, une distance de deux à trois cents mètres est suffisante, surtout si l'on a soin d'entourer l'établissement d'un rideau d'arbres. Il est donc parfaitement inutile de chercher à stériliser par des procédés spéciaux plus ou moins compliqués, l'air qui sort des salles des malades. Dans ce cas,comme dans les autres du reste, le meilleur moyen de diminuer le nombre des microbes de l'air est de les détruire dans leur source même, en enlevant, par le nettoyage humide de toutes les surfaces, les poussières où l'air se réapprovisionne de germes à chaque instant.

C'est surtout à propos des services de varioleux que la question précédente a été agitée, les statistiques ayant fait voir la fréquence plus grande de la maladie dans les quartiers de Londres,avoisinant le Small-pox-Hospital et dans les rues de Paris,voisines de l'ancien Hôtel-Dieu, converti en service d'isolement pour la variole. Ces statistiques ont servi de base aux protestations des habitants d'Aubervilliers, contre l'établissement d'un hôpital d'isolement sur leur territoire. Il est bien démontré aujourd'hui que la dissémination de la variole autour des services d'isolement est le fait, non de l'air, mais de la sortie, dans le voisinage, d'un personnel négligeant les précautions d'antisepsie nécessaires. Nul doute que la même règle ne soit applicable aux autres maladies infectieuses.

Les services d'isolement peuvent être constitués soit par des hôpitaux spéciaux, soit par des pavillons spéciaux dans des hôpitaux généraux, soit même par des salles spéciales. Il est certain que la solution la meilleure est celle d'hôpitaux particuliers pour chaque affection. C'est ce qui existe à Londres, par exemple, où l'on trouve soit des hôpitaux, soit des bateaux-hôpitaux spécialisés pour les varioleux, les scarlatineux, les tuberculeux, ... Ce n'est évidemment possible que dans les villes où la population est suffisante. Dans les villes de moindre importance on peut se contenter de pavillons bâtis dans les jardins des hôpitaux déjà existants. L'idéal, dans un cas comme dans l'autre, est de faire des pavillons petits, bien isolés les uns des autres, faciles à désinfecter et ne pouvant contenir à la fois qu'un nombre restreint de malades.

L'utilité de ces services est officiellement démontrée par ce fait qu'avant l'isolement des varioleux, on constatait chaque année, à Paris, 800 cas de variole contractés à l'hôpital. Quant à l'opinion qui voudrait que la réunion dans une même salle d'un certain nombre de malades atteints de la même infection, ait pour résultat d'exalter la virulence du germe et de rendre la maladie plus grave, c'est une hypothèse qui n'a été jusqu'à présent justifiée par l'examen d'aucun fait.

La rougeole, qu'on accusait d'être plus grave à l'hôpital, n'y acquiert en réalité qu'une gravité d'emprunt due à la contagion facile de la bronchopneumonie dans les salles des petits malades. Si on prend

la précaution d'isoler les petits rougeoleux broncho-pneumoniques, on ne constate plus cette prétendue gravité plus grande de la rougeole hospitalière.

Dans les petits hôpitaux où l'on ne peut disposer que de chambres d'isolement, l'on aura soin de pratiquer celui-ci avec des précautions plus scrupuleuses encore que dans les services plus importants. La pratique à adopter dans ces cas se rapproche de celle que nous étudierons plus loin à propos de l'isolement dans les maisons particulières ; mais il est indispensable que les médecins soient bien convaincus de la nécessité de pratiquer l'isolement dans ces conditions, et de la possibilité qu'il y a presque toujours à le faire. On peut même dire qu'en fait d'isolement, l'idéal à atteindre serait de placer chaque malade dans une cellule spéciale qui serait désinfectée une fois vide, de même qu'au laboratoire, on désinfecte chaque cage après la mort de l'animal inoculé. Cette conception a du reste été transportée par M. Roux dans le domaine de la pratique, à l'hôpital des Enfants malades, au service de la diphtérie ; vous savez qu'il existe une disposition analogue à l'hôpital Saint-Sauveur dans le service des maladies des enfants, dirigé par M. le professeur agrégé Ausset.

Qu'il s'agisse d'une grande ou d'une petite installation, tout service d'isolement comporte nécessairement un service de douteux, subdivisé en nombreuses chambres, en cellules même si possible. C'est vers ce service que seront dirigés, dès l'abord, tous les cas dans lesquels le diagnostic ne sera pas absolument précis. Or on sait que ces cas sont fréquents au début de beaucoup de maladies infectieuses et qu'il y a grand intérêt pour un malade infecté à n'être pas exposé à une infection nouvelle, vis-à-vis de laquelle il se trouve toujours en état de moindre résistance. Cet intérêt, au reste, est aussi grand pour les malades déjà isolés que pour le nouvel arrivant.

Prenons comme exemple un sujet atteint d'une éruption scarlatiniforme, il pourra être difficile au début de dire s'il s'agit d'une éruption toxique, médicamenteuse, d'une éruption toxi-infectieuse scarlatiniforme, d'un rash prévariolique ou d'une scarlatine vraie. De combien de mécomptes peut être suivie l'introduction d'un tel malade dans une salle où il ne devrait pas se trouver.

Le choix du personnel des services d'isolement a une importance considérable ; le meilleur personnel serait celui qui serait uniquement composé d'individus en état d'immunité. Cette condition est facile à réaliser pour la variole, où l'on ne doit admettre que des sujets vaccinés ou revaccinés aussi souvent qu'il est nécessaire. Le sérum antipesteux permet de réaliser d'une façon transitoire le même desideratum. Il est du devoir du médecin d'utiliser de même pour le personnel sous ses ordres la séroprévention dans tous les cas où cela est possible. Pour les autres maladies, le mieux est de choisir, quand faire se peut, le personnel parmi les individus qu'une atteinte antérieure a mis en état d'immunité.

Il faut que tous se soumettent aux règles de l'antisepsie la plus sévère : port d'une blouse spéciale dans les salles, désinfection du visage et des mains à la sortie des salles et avant chaque repas, désinfection soignée de la bouche et des fosses nasales pour les maladies à contagiosité très grande dans lesquelles le rôle de la porte d'entrée respiratoire reste vraisemblablement très important : telles sont les fièvres éruptives, les oreillons, la coqueluche, le typhus exanthématique. La discipline à cet égard doit être extrêmement sévère, le chef de service a le devoir strict de veiller à l'observation de toutes les règles et de s'y soumettre le premier.

Les communications entre les services d'isolement et l'extérieur doivent être aussi réduites que possible. Dans un certain nombre de villes, les parents ne sont pas admis à visiter leurs malades, mais dans ce cas, l'administration doit leur délivrer chaque jour un bulletin de leur état de santé. D'autres fois, les parents ne sont autorisés à voir leurs malades qu'à travers les fenêtres. Enfin, lorsque les circonstances ou les mœurs locales contraignent à permettre l'entrée des services d'isolement aux parents des malades, il est nécessaire d'exiger d'eux à l'entrée et à la sortie des salles toutes les précautions exigées du personnel.

Nous avons vu en commençant que l'isolement de nos jours ne se comprend qu'associé à la désinfection. Il faut donc que rien de dangereux ne quitte le service d'isolement ; par conséquent, tout doit y être désinfecté sur place, et c'est là une pratique sur laquelle il est nécessaire d'insister, car elle n'est pas toujours observée.

Dans ce but, les cabinets d'aisance seront pourvus de solutions désinfectantes permettant de stériliser les matières au fur et à mesure, et avant leur départ. Les eaux des salles de bains, celles de la cuisine, de la relaverie seront additionnées de substances antisep-

tiques ou stérilisés par l'ébullition. Le linge sera trempé également dans des solutions désinfectantes et ne quittera la salle que mouillé avant d'être envoyé à la lessive. Les matelas, les literies, les vêtements seront passés à l'étuve à désinfection, enfin, et pour s'opposer au développement d'un foyer épidémique, l'habitation de chaque isolé sera désinfectée avec soin, ainsi que ses vêtements, de telle sorte qu'au sortir du service d'isolement il rentre dans un milieu parfaitement purifié.

Les cadavres des sujets ayant succombé à des maladies infectieuses seront l'objet de précautions spéciales. La crémation est évidemment le meilleur procédé de désinfection à utiliser dans ce cas. On peut avoir recours aussi à l'enfouissement dans la chaux qui est un procédé couramment employé. Mais il est bon de se rappeler que l'inhumation telle qu'elle est habituellement pratiquée, suffit à donner une sécurité suffisante, les germes pathogènes se conservant d'ordinaire assez mal dans le sol.

L'isolement dans les habitations privées doit s'inspirer des principes que nous avons édictés à propos de l'isolement en général. Ici encore le médecin doit être convaincu que, grâce aux moyens simples et énergiques qui sont actuellement en sa possession, il lui sera possible et presque toujours facile d'installer chez les malades de la ville cet isolement dans des conditions propres à en retirer le plus grand profit.

La chambre d'isolement sera choisie dans un quartier reculé de l'habitation ; elle sera facile à désinfecter, tapis et tentures seront supprimés ; le lit placé au milieu de la chambre facilite les soins qu'on donne au malade, les alcôves sont détestables à ce point de vue. Le parquet et les parois du mur se laveront aisément.

A ce propos, on ne peut que recommander à ceux qui font bâtir une maison assez spacieuse, d'y aménager une chambre remplissant les meilleures conditions d'aérage, de ventilation, de facilités de nettoyage, chambre qui sera réservée pour servir à l'occasion de chambre de malade.

Rien de souillé ne doit quitter la chambre d'isolement, on y aura donc de quoi désinfecter tous les excreta, matières fécales, urines, crachats, matières vomies, fausses membranes. Les linges de corps et du lit seront désinfectés ; il est facile de les immerger pendant deux ou trois heures dans un récipient contenant une solution antiseptique (crésyl, phénol, etc.) et de les transporter encore humides à la lessive.

Il est mauvais que des substances alimentaires fassent un long séjour dans les chambres des malades, elles ne peuvent que s'y souiller et s'y altérer. Il ne doit y avoir dans la chambre que les objets qui servent au moment même. Il est bon d'avoir des blouses pour protéger les vêtements des personnes en contact avec le malade.

Quant aux indications de l'isolement, il faut le pratiquer :

1° Dans toutes les maladies infectieuses graves dont la déclaration est obligatoire.

2° Il est désirable que l'isolement soit aussi pratiqué dans nombre d'autres maladies contagieuses et dont la déclaration n'est pas obligatoire : par exemple l'érysipèle, la bronchopneumonie qui se montre parfois épidémique, surtout dans les hôpitaux d'enfants, etc.

La contagiosité, l'épidémicité ne sont pas le propre de certaines infections seules, elles sont dues à des circonstances particulières qui peuvent toujours se rencontrer ; il paraît donc logique et prudent d'isoler tous les malades atteints d'infections microbiennes.

En résumé, l'isolement accompagné de la désinfection est une mesure excellente dans toutes les maladies infectieuses, et cela pour le plus grand bien des malades, de leur entourage et de la société en général.

Combien doit durer cet isolement ? Tant que le malade est dangereux, il doit être isolé. Il n'y a donc pas à cet égard de règles générales. La rougeole dont le germe est fragile, ne nécessite pas un long isolement ; il en est tout autrement de la scarlatine, de la variole dont les agents gardent longtemps un degré accentué de virulence. En ce qui concerne ces maladies, on peut se reporter comme indications aux prescriptions des règlements scolaires.

En tous cas la plus grande prudence est toujours de mise ; un diphtérique guéri conserve peut-être encore longtemps des bacilles dangereux ; dans toutes les maladies où la durée de la virulence n'est pas encore élucidée, un excès de précaution ne peut jamais être nuisible.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Gautier étudie la localisation et le mode d'élimination de l'arsenic dans l'économie.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Vidal.

Les troubles de l'élimination du bleu dans les néphrites sont intéressants à connaître. Cependant, ils ne sont en général proportionnels, ni au degré de la lésion rénale, ni à l'intensité des symptômes urémiques.

Société de Biologie. — M. GALTIER. Le lait tuberculeux n'est pas stérilisé par une température de 80 à 85° pendant six minutes. La viande tuberculeuse cuite une heure à 110° n'est plus nocive.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Février 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Sur un cas de cholécystite suppurée.

M. Folet présente une multitude de calculs biliaires, de forme cubique, retirés de la vésicule biliaire d'une femme de cinquante-huit ans et rapporte l'histoire clinique de cette malade.

Les antécédents de cette malade étaient peu chargés, elle eut deux fois des coliques hépatiques, à l'âge de quarante-trois ans et de cinquante ans, avec ictère la seconde fois. Depuis, la malade n'a jamais souffert.

Il y a quelques mois, elle fit une poussée légère de grippe accompagnée de quelques douleurs dans l'abdomen localisées surtout autour de l'ombilic.

Peu après, la malade fit remarquer à son médecin une tumeur paraissant liquide, localisée dans l'hypocondre droit et assez douloureuse à la palpation. L'état général restait très satisfaisant : pas d'hyperthermie, pas d'ictère.

Appelé en consultation, M. FOLET constate dans la région hépatique une tumeur du volume d'une grosse orange, paraissant fixe et en continuité avec le tissu hépatique. Devant cette symptomatologie peu précise, le diagnostic resta en suspens. Une laparotomie exploratrice fut décidée et pratiquée dans les premiers jours de novembre.

La paroi largement ouverte, l'épiploon apparaît très épaissi, très vascularisé, recouvrant ainsi la tumeur et augmentant de beaucoup son volume, et doit être incisée entre les vaisseaux qui serpentent dans les tissus. M. FOLET arrive alors sur la tumeur qui était due à une distension de la vésicule biliaire, adhérant en partie à l'épiploon, en partie au péritoine.

Supposant une cholécystite suppurée, le chirurgien sutura les parois de la vésicule au gâteau épiploïque et à la paroi, puis incisa la vésicule d'où s'écoula un pus grumeleux, mal lié, sans trace de coloration verdâtre, sans calculs ; le doigt plongé dans la cavité de la poche montra qu'elle se prolongeait très profondément et ne mit pas en évidence l'existence de calculs. Drainage de la cavité, pansement.

Pas de suites opératoires jusqu'au quatrième jour. A ce moment on constate que le pansement est rempli de petits calculs. On peut estimer à plus de huit cents le nombre de calculs qui s'éliminèrent. En même temps le liquide qui s'écoulait prenait nettement la coloration de la bile. Pour amener une évacution plus rapide, M. FOLET dilata un peu l'orifice de la vésicule biliaire, pratiqua un grand lavage de la cavité et de gros calculs s'éliminèrent remarquables par leur nombre, leur forme et leur volume. A partir de ce moment la malade a guéri très rapidement et en moins de trois semaines la fistule biliaire s'était refermée.

M. FOLET émet quelques considérations intéressantes sur ce cas pathologique et explique que, selon lui, les calculs, tassés les uns contre les autres vers l'orifice d'entrée de la vésicule y avaient intercepté l'entrée de la bile, mais que par suite de la diminution de tension dans la vésicule, l'obstacle mécanique s'était désagrégé et que peu à peu tous les calculs étaient tombés dans la vésicule pour être éliminés.

M. FOLET recherche alors l'étiologie de cette cholécystite suppurée, et se demande s'il faut l'attribuer à la grippe, ayant amené ainsi une infection localisée latente très longtemps. Il admet difficilement la possibilité d'une infection par le coli bacille, ces infections ascendantes étant très rares, et très difficiles à produire, d'autant plus que la bile est une sécrétion bactéricide énergique.

M. Moty insiste alors sur l'absence de bile constatée dans l'écoulement qui suivit l'incision de la vésicule et rappelle que c'est là chose très fréquente, et que c'est même un signe de la longue oblitération de la vésicule, il ajoute de plus que très souvent ce liquide est clair et non purulent, comme dans le cas de M. FOLET.

M. MOTY a pu constater plusieurs fois ce fait dans des autopsies faites sur des individus dont le foie était infecté par des douves, oblitérant les canaux biliaires. Il ajoute que ces liquides sont aseptiques et qu'ils le

sont peut-être même, lorsqu'ils sont purulents, car le pus aseptique existe.

M. **Charmeil** constate qu'on ne trouve plus de microbes dans les suppurations du foie, même dans les gros abcès, mais est convaincu qu'on se trouve alors en présence d'une stérilisation secondaire.

M. **Folet** appuie les paroles de M. Charmeil et voit dans le pus aseptique des maladies hépatiques, le résultat de l'action microbicide de la bile.

M. **Lefort** voit également dans ces collections purulentes aseptiques, d'anciens foyers microbiens, De plus il fait remarquer qu'elles sont souvent consécutives à la dysenterie, et que si on recherchait les amibes on les retrouverait presque certainement.

Il fait ressortir en outre la présence anormale de l'épiploon en avant de la tumeur et la péricystite consécutive à l'inflammation de la vésicule.

Pour M. **Moty** l'explication de la présence de l'épiploon en avant de la vésicule réside dans le rôle définitif joué par l'épiploon, qui se porte toujours au devant des régions malades.

M. **Charmeil** rappelle, à propos de l'observation de M. Folet, celle du docteur Pravaz, de Lyon. Dans son cas, il s'établit une fistule entre le côlon et la vésicule, et l'agglomérat de calculs fut éliminé par l'intestin, non sans avoir donné naissance à des symptômes d'obstruction intestinale.

M. **ambret** cite à l'appui des paroles de M. Charmeil, un fait presque analogue, mais dans son cas, la fistule s'était faite entre la vésicule biliaire et l'intestin grêle.

Nécrose du maxillaire inférieure consécutive à la rougeole chez un enfant de six ans

M. **Colle** résume l'observation d'un enfa de six ans qui, à la suite d'une rougeole, présenta des symptômes très intenses d'ostéopériostite du maxillaire inférieur, accompagnés d'une fièvre très vive ; au bout de quelques jours, les symptômes généraux et locaux s'amendèrent très vite à la suite d'un écoulement abondant de pus par la bouche. Peu à peu l'écoulement diminua, sans toutefois tarir complètement. Trois mois après cette période aiguë, M. Colle, appelé près du malade, sentit un séquestre osseux très mobile, constitué par la branche montante et le condyle du maxillaire inférieur.

L'ablation fut très facile. A ce moment, M. Colle ne put constater de formation osseuse nouvelle. Mais très rapidement, en moins d'un mois, la brèche osseuse se répara complètement, ne laissant subsister qu'une légère asymétrie faciale, peu visible d'ailleurs ; l'articulation avait récupéré tous ses mouvements, l'angle du maxillaire était aussi un peu plus obtus, le rebord alvéolaire très mince.

M. **Folet** croit que dans les cas analogues, on intervient toujours trop tôt ; il vaut mieux attendre l'isolement du séquestre, l'ablation en est alors très facile.

M. **Colle** répond ensuite à une demande de M. Moty qu'il n'a pu savoir si l'enfant avait des dents cariées, car lorsqu'il examina le malade, toutes les dents étaient déjà tombées.

M. **Moty** constate que la cause de cette mortification osseuses réside dans la carie profonde des dents. Il a observé et opéré un adulte dans un cas presque identique, mais il n'a pu constater de nouvelle formation osseuse.

M. **Charmeil** fait remarquer qu'il est étonnant de voir la fonction du maxillaire réapparaître complètement et rapproche le cas de M. Colle, des séquestres, de toute une diaphyse, observés dans les ostéomyélites, s'éliminant lorsque déjà une nouvelle coque osseuse est en formation sous le périoste.

M. **Colle** croit qu'au contraire la cause de la mortification réside dans la rougeole qui amène des lésions sérieuses de la bouche,

M. **Ausset** admet l'explication de M. Colle et a constaté deux fois à la suite de la rougeole de la stomatite gangréneuse ayant amené chez tous les enfants de la nécrose des maxillaires.

M. **Le Fort** appuyant la thèse soutenue de M. Colle compare cette nécrose du maxillaire consécutive à la rougeole aux ostéomyélites des fièvres éruptives.

M. **Moty** termine la discussion en constatant que jamais les dents ne se reforment, les germes dentaires contenus depuis l'âge de deux ans dans le corps de l'os sont en effet détruits par la nécrose.

P. V.

Variétés & Anecdotes

Mensonges conventionnels en médecine

Sous ce titre, M. le Dr A. R. Pinilla, le distingué secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale et professeur libre à la Faculté de médecine de Madrid, vient de faire paraître une rochure du plus grand intérêt.

Ce travail, précédé d'une préface de M. le Dr Azua, médecin de l'hôpital de San Juan de Dioz et d'une introduction de l'auteur, est divisé en neuf chapitres et se termine par un Epilogue.

Introduction. — Les mensonges conventionnels sont caractérisés par ce fait que l'on cherche à faire croire que l'on sait une chose, lorsqu'on sait parfaitement qu'on est dans l'ignorance. L'usage en est fait, ou bien, pour dissimuler cette ignorance, ou bien, parce que beaucoup de gens ne les approfondissant pas, ils passent à leurs yeux pour être l'expression de la vérité, ou bien encore parce que certains pensent que ce sont des mensonges licites. Un individu se plaint de céphalalgie, vous lui répondez — *c'est nerveux*, — vous ignorez la cause du mal; vous commettez un mensonge conventionnel. Il faut répondre. *Je l'ignore*. — Voilà la vérité.

Chap. I. — *Etat nerveux.*

Quand vous traitez un malade depuis un certain temps, et que vous avez prescrit des médications diverses — a dit un chirurgien très connu en Espagne — et que vous ignorez ce qu'il a, votre diagnostic est sûrement — *hystérie* — ou bien, *c'est nerveux*. Aimables nerfs, de quelle utilité vous êtes non seulement pour la dame élégante et capricieuse, mais aussi pour le médecin !

Répondez franchement, êtes-vous bien certain que vous ne vous trouverez pas en présence de l'*Angor pectoris* ? Et le Stéthoscope et le Sphygmographe et l'analyse des urines ne peuvent-ils vous aider à faire un diagnostic plus précis ? Ne serait-ce pas un kyste hydatique ou du vertige de Ménière ou du catarrhe stomacal ou une artério-sclérose, etc. ? Parlons sérieusement : *il n'y a pas de maladie nerveuse, il n'y a que des maladies du système nerveux.*

Il y a évidemment une grande difficulté à un diagnostic précis, mais il faut bien remarquer cependant que, depuis quelques années, la science du diagnostic a marché à pas de géant, facilitant le travail du médecin ; l'examen chimico-clinique de l'urine avec ses réactions du sucre, de l'indican, diazoïque, Rosenbach et Senator, etc., le dosage de l'urée et de l'albumine, l'examen microscopique des sédiments, celui des crachats, des matières fécales pour la recherche des vers chez les enfants à réflexes si fréquents, l'ophtalmoscopie, la ponction et l'examen du liquide rachidien et tant d'autres moyens finiront par détruire ce « mensonge conventionnel. »

Chapitre II. — *Le lymphatisme.*

Le tempérament lymphatique considéré comme un état dominant chez certains individus plus que chez d'autres, cet état n'existe pas en réalité.

« Le nom de lymphatique, dit Letamendi, constitue une véritable *calomnie anatomique*. Les vaisseaux lymphatiques peuvent, eux, être fréquemment des victimes de ce tempérament, mais ils ne sauraient le produire. »

C'est là qu'est la vérité, ajoute M. Pinilla. Le système de vaisseaux lymphatiques où vont aboutir les liquides nutritifs et les sécrétions internes peut devenir malade, si les *ingesta* sont de mauvaise qualité et produisent de l'irritation, et s'il se trouve dans de mauvaises conditions pour son développement physiologique. Mais c'est *tributaire*, c'est *dépendant*, et non *auteur* que se trouve le système lymphatique. Existe-t-il un être humain qui, dans son enfance, ne présente pas une prédominance du système lymphatique ? C'est la condition indispensable de son développement. Dans l'enfance, dit Massini, les vaisseaux sanguins sont très développés par rapport à la masse organique, mais les vaisseaux lymphatiques le sont encore davantage.

Si on appelle lymphatisme les accidents produits par une lymphe viciée, oui, nous sommes d'accord, le lymphatisme existe, et nous connaissons les moyens de créer le type du lymphatisme, de même que nous pouvons transformer la débilité héréditaire et les tempéraments par une hygiène bien comprise.

Mais il ne faut pas prendre la cause pour l'effet. L'enfant est, pour son avenir, sous la dépendance de trois facteurs, l'*hérédité*, le *milieu ambiant*, l'*alimentation*, qui, réunis ou isolément, peuvent produire une nutrition défectueuse, des intoxications intestinales, causer des accidents cutanés ou des tuberculoses locales; mais c'est là une fausse conception du lymphatisme. De même pour le rachitisme et les végétations adénoïdes. Il est prouvé aujourd'hui que le lymphatisme n'en est pas cause. Le premier a pour étiologie un défaut d'assimiliation de sels de chaux dû à une mauvaise alimentation ou à des conditions telluriques déterminées. Les adénoïdes sont la plupart du temps congénitales.

Le terme de lymphatisme dans le sens actuel devrait donc ne pas être employé.

Chapitre III. — *Maladies de la dentition et produites par la bave* (1)

Le nombre des maladies qu'on attribuait autrefois et que l'on attribue encore aujourd'hui, malgré les grands progrès de la pédiatrie, à la dentition et à l'évolution dentaire, est fort exagérée.

L'époque de l'apparition des dents dépend de l'état de la nutrition de l'enfant ; elle n'est pas si prématurée que le pensait Trousseau, ni si tardive que le disait Hervieux. Certes, il y a des maladies qui dépendent de cette évolution ; mais il faut avouer qu'il y a une légère différence entre l'opinion que toutes les affections observées entre quatre et quatorze mois, sont dues à la dentition et la croyance que cette dentition ne produit pas plus d'accidents que la poussée des cheveux, par exemple : la première est un mensonge conventionnel ; la seconde est un manque d'observation clinique. La vérité est dans le juste milieu,

(1) L'idée que veut exprimer l'auteur est la croyance du peuple dans les maladies qui ont leur cause dans la bave.

Au point de vue thérapeutique, ce « mensonge » est désastreux. La pédiatrie ne saurait approuver toutes ces spécialités qui n'ont d'autre résultat que d'enrichir les charlatans inventeurs de sirops ou de poudres. Le meilleur tonique est une bonne alimentation, lait de la mère ou de la nourrice ou de vache, contenant les principes nutritifs normaux. L'ignorance est si profonde à ce point de vue qu'il n'est pas d'exemple plus probant de la *bêtise humaine.*

Dr LOBIT (*de Biarritz*).

Accouchement quintuple.

Un fait extrêmement rare paraît s'être produit il y a quelques semaines à Mayfield, dans l'Etat du Kentucky. Cinq enfants du sexe masculin sont nés vivants Ils pesaient, au moment de leur naissance, entre 4 et 5 livres. Malgré leur apparence robuste et leur bonne complexion, ils sont morts, à deux jours d'intervalle, au bout d'un mois.

M. le Dr BENNHEIM (de Philadelphie), qui avait procédé à l'accouchement, en a fait l'objet d'une récente communication. Il a déclaré que ce cas était était le plus extraordinaire qui soit parvenu à sa connaissance et dont il ait pu contrôler l'exactitude. Suivant lui, les grossesses gémellaires ne se produisent qu'une fois sur 89 naissances; les grossesses triples, une fois sur 7.910 naissances, et les grossesses quadruples, une fois sur 371.126.

Un lecteur nous signale un cas de fécondité aussi curieux. Dans le courant de juin 1888, une fille-mère habitant la commune de St-Germain-de-Vareville (Manche) accoucha de cinq enfants qui vécurent quelques jours. Mais ce qui ajoute à la singularité du fait, c'est que cet accouchement était le quatrième de la fille-mère : cela portait à *onze* le nombre des enfants qu'elle avait eus en quatre fois : *un*, la première fois, qui seul était vivant; *deux*, la deuxième fois, *trois*, la troisième fois et *cinq*, la quatrième.

(*Gaz. méd. de Paris*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le vendredi 2 février 1900, a eu lieu la première réunion de 1900 de l'**Association de la Presse Médicale**, au restaurant Marguery ; sous la présidence de M. LABORDE, syndic. — 24 personnes assistaient à cette réunion.

I. — NOMINATIONS. — 1° *Membres Honoraires* : Ont été nommés *Membres Honoraires* de l'Association : M. le Docteur CHEVALLEREAU (Paris), ancien directeur de la *France Médicale;* M. le Docteur RICHELOT, ancien directeur de l'*Union Médicale*; M. le Docteur DUPLAY, ancien directeur des *Archives générales de Médecine*.

2° *Membres Titulaires*. — Ont été élus *Membres Titulaires* : M. le Dr Louis GUINON, rédacteur en chef de la *Revue des maladies de l'enfance*, en remplacement de M. DE ST-GERMAIN, décédé; M. le Dr MOULONGUET, rédacteur des *Archives provinciales de Chirurgie,* M. le Dr M. BAUDOUIN, représentant désormais la *Gazette médicale de Paris*; M. le Dr PRIEUR, rédacteur en chef de la *France médicale*, en remplacement de M. CHEVALLEREAU.

II. — CANDIDATURE. — Un rapporteur a été nommé pour la candidature de M. le Dr E. VIDAL, rédacteur en chef des *Archives de Thérapeutique* (Paris).

III. — MEMBRES HONORAIRES. — L'Association a voté, à l'unanimité, l'article suivant nouveau, des Statuts : « Tous les *fondateurs* de l'Association peuvent demander à être nommés membres honoraires ».

IV. — ANNUAIRE DE L'ASSOCIATION. — Il sera distribué à la prochaine réunion ; il ne contiendra aucun cliché.

V. — EXPOSITION DE 1900. — De nouvelles démarches vont être faites, en ce qui concerne les cartes d'entrée à l'Exposition de 1900.

ACADEMIE DE MÉDECINE

Élection. — A été nommé *membre titulaire,* section des accouchements, M. le docteur CHAMPETIER DE RIBES, par 34 voix sur 59 votants.

Ont été nommés *membres correspondants étrangers* (1re division) : MM. les docteurs MENDELSOHN, de Saint-Pétersbourg et STOÏCESCU, de Bucharest. — Section de pathologie médicale : MM. les professeurs KAPOSI, de Vienne ; ERB, d'Heidelberg ; HASNEN, de Bergen.

Le 15 février prochain paraîtra, dans les bureaux de l'Institut de Bibliographie à Paris, le n° 1, pour l'année 1900, de la *Bibliographia Medica*, publication consacrée à la *Bibliographie internationale des Sciences Médicales,* sur le modèle de l'*Index Medicus* américain, dont elle continuera les traditions scientifiques, si appréciées de tous les bibliographes contemporains.

Grâce aux Directeurs de ce recueil, MM. C. POTAIN, membre de l'Institut, et Charles RICHET, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris, de notables perfectionnements seront apportés à la Rédaction ; et la Classification sera absolument méthodique.

Le Recueil nouveau, mensuel comme l'*Index medicus*, contiendra environ *Quatre mille* indications bibliographiques par numéro de 80 pages, c'est-à-dire *Cinquante mille* par an, au minimum.

Prix d'abonnement : CINQUANTE FRANCS pour la France, et SOIXANTE FRANCS pour l'Étranger, au lieu de 125 francs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs EBRARD, de Nîmes (Gard) ; FÉLICI, de Bastia (Corse) ; DELBOURG, de Paris ; CLÉMENT, de Frênes, (Meurthe-et-Moselle); MIGNOT, de Pougues (Nièvre); BOYER, médecin de la marine à Lorient; FABRE, de Saint-Pons (Hérault) ; BRUN-BUISSON, de Voiron (Isère) ; COSTE, sénateur de l'Yonne ; OLLIVIER, de Grasse (Alpes-Maritimes) ; DIJOUD, de Fauville (Seine-Inférieure).

DELSTANCHE, laryngologiste bruxellois des plus appréciés ; KNOLL, professeur de pathologie à Vienne.

BLANC, interne des hôpitaux de Marseille, victime de l'influenza.

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques de Médecine opératoire, par le Dr Lavarède, ancien interne des hôpitaux, 1 vol. gr. in-8 de 200 p. avec 150 figures dessinées par G. Devy : 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Les *Tableaux synoptiques de Médecine opératoire* sont calqués sur le même modèle que les précédents volumes de la *collection Villeroy*.

L'auteur a suivi le plan et les procédés préconisés par les maîtres de la médecine opératoire en France : il a choisi celui que la clinique montre le meilleur, celui qu'on exige dans les examens.

Ces tableaux sont illustrés de figures : on a cherché à les rendre démonstratives. Elles sont utiles, car le tracé d'un lambeau, par exemple, se comprend plus facilement et se fixe mieux dans la mémoire, par la vue d'un dessin que par la lecture d'une description. Elles ont été dessinées d'après les croquis de l'auteur, par M. G. Devy, dont la compétence scientifique et le talent artistique sont bien connus.

L'auteur étudie d'abord les *Ligatures artérielles*.

Les notions anatomiques qui commencent chaque article sont importantes à connaître, car elles montrent où est l'artère à lier, quels tissus la couvrent, quels organes il faut éviter de léser ; le membre est mis ensuite en position ; les points de repère sont fixés ; à leur aide, on dessine la ligne d'incision et l'opération commence.

La pratique des *Amputations* exige des notions anatomiques précises de la région à opérer, soit dans la contiguité, soit dans la continuité de membre. Le membre, l'opérateur, les aides sont en position ; le choix du procédé est guidé par la connaissance des services qu'on exigera du moignon ; les points de repère étant établis, on mesure et on marque au crayon le contour du ou des lambeaux ; puis l'opération proprement dite commence.

Pour les *Résections*, la ligne de conduite est la même.

Une large place est donnée aux *Opérations* qui se pratiquent *sur les tissus et les organes*. Cette partie sera utile à l'élève qui voudra comprendre et suivre avec fruit les différents temps de l'opération qu'il voit pratiquer à l'hôpital ; au patricien qui aura à pratiquer lui-même quelques-uns de ces actes chirurgicaux et voudra se remettre en mémoire les règles opératoires qui les régissent ; au chirurgien enfin qui, ayant quitté l'école, voudra se tenir au courant des progrès de la chirurgie contemporaine.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

5me semaine, du 28 janvier au 3 février 1900

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	6
3 mois à un an	10	11
1 an à 2 ans	3	4
2 à 5 ans	5	2
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	7	8
40 à 60 ans	15	7
60 à 80 ans	18	12
80 ans et au-dessus	5	4
Total	70	56

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	de 2 à 5 ans	plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	6	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	7	18	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	2	4	»	»	1	»	»	»	»	»	5	16	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	2	3	»	3	»	»	8	»	»	»	»	»	4	22	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	10	16
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	2	4	»	»	2	»	»	»	»	»	10	24	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	6	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	6	15	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	5	5
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	5
Total	»	3	»	»	»	»	»	6	31	6	14	»	»	20	»	»	»	»	»	46	126	132

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 162. Quatrième Année, N° 7. Le Numéro : 10 centimes. 18 Février 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

ARTHRITISME ET VÉGÉTARIANISME

par M. le professeur **H. Folet.**

Je suis arthritique. Qui ne l'est pas ? L'arthritisme est le père d'une foule d'états morbides très divers. Vous souffrez de lithiase quelconque ? Arthritisme. De la goutte? Arthritisme. Du rhume des foins? Arthritisme. De dermatoses variées? Arthritisme. Vous avez de la tendance au prolapsus utérin, Madame? Arthritisme, vous dira RICHELOT. Vous devenez chauve à trente ans, Monsieur? Arthritisme, toujours arthritisme. — On croirait entendre, dans *le Malade imaginaire*, la consultation de TOINETTE déguisée en médecin : « le poumon, le poumon, vous dis-je ! »

Pour parler sérieusement: quelque inconnue que soit son essence, quelque multiples et protéiformes que soient ses manifestations, je me garderai d'autant mieux de contester l'existence de cette vaste entité morbide que je suis moi-même un de ses tributaires authentiques. Châtain à la peau rosée et facilement transpirante, un peu plus adipeux que de raison, ayant souffert jusqu'à quarante ans de migraines périodiques, souffrant encore parfois de myosalgies rhumatismales, agrémenté de minimes hémorrhoïdes et d'un peu d'eczéma péri-anal, j'ai des titres sérieux à me déclarer justiciable de cette diathèse qui tourmente du reste une bonne moitié du genre humain.

Je portais depuis des années un léger eczéma du cuir chevelu, à la région occipitale, vers la naissance des cheveux. Parfois représentée par quelques petites croûtes sèches, la dermite s'exaspérait parfois un peu, mais sans jamais atteindre une bien vive intensité. Au printemps de 1897, autour de ce petit foyer d'irritation permanente, j'eus une poussée de sept ou huit clous, dont un très gros (petit anthrax), qui se succédèrent en l'espace d'un mois environ. Puis tout rentra dans l'ordre accoutumé. L'eczéma chronique persistait, minime mais désagréable, me donnant des démangeaisons, surtout au réveil.

Au mois de mai de 1899, nouvelle petite poussée aiguë. Prurit plus fort, rougeur et croûtes. Puis, un beau matin, je constatai un furoncle à la partie supérieure du cou, puis un second deux jours plus tard.

Dès lors, durant la seconde quinzaine de mai et le mois de juin entier, tous les cinq ou six jours apparurent sur ma nuque deux clous. Ils naissaient toujours par paire ; c'était réglé Ils grossissaient peu à peu jusqu'au volume maximum d'une petite noisette, qu'ils ne dépassaient pas. La suppuration était d'or-

dinaire minime : une pointe blanche, un petit bourbillon ; toute la masse ne subissant pas la fonte purulente, mais guérissant par induration. Cela tient, je crois, aux topiques antiseptiques employés; on ne voit plus avec eux ces ramollissements complets avec suppuration copieuse jadis qu'amenaient les bons cataplasmes émollients, provocateurs d'une leucocytose abondante. Avant que l'évolution de deux furoncles jumeaux fût achevée, il en poussait deux autres ; et ainsi de suite, de cinq en cinq jours, pendant six semaines. J'allais oublier deux furonculets très douloureux, un dans chaque conduit auditif.

La genèse de cette nuée de clous autour d'une petite dermite chronique, qui demeurait habituellement silencieuse et supportable, était vraisemblablement fonction d'arthritisme. Je veux bien qu'une fois les premiers furoncles nés, les inoculations de voisinage par grattage, par dérangement des pansements, par frottement du col de linge ou du collet d'habit, aient joué leur rôle dans la perpétuation de la poussée. Mais il me semble qu'il faut, pour les premiers clous au moins, une prédisposition spéciale du terrain. Ces accès de furonculose aiguë — (celui d'il y a deux ans a fini par passer tout seul, malgré la continuation des chances d'inoculation), — me paraissent bien être une décharge morbide, tout comme une attaque de goutte ou une crise hémorrhoïdaire. D'autres que moi l'ont d'ailleurs pensé. M. Brocq, qui a écrit comme moi son auto-observation, déclare qu'il avait « tous les quatre » ou cinq mois un ou deux anthrax de moyen volume, » manifestation ayant remplacé de très fréquents » accès d'asthme dont il souffrait depuis l'âge de » 18 ans. » (1)

Je n'examinerai pas longuement tous les traitements mis en usage : localement badigeonnages abortifs à la teinture d'iode ou à l'alcool, pointes de feu sur le sommet de l'acumen naissant, compresses imbibées de liqueur de Van Swieten, d'eau boriquée, d'eau bouillie, voire fomentations émollientes et cataplasmes aseptiquement cuisinés ; à l'intérieur, purgatifs variés, antisepsie intestinale par le benzo-naphtol, eaux minérales alcalines.

En juin, je lus l'article de Brocq, sur la levure de bière, dont les conclusions sont en résumé les suivantes : « La levure de bière a pour effet, quand on » l'administre alors qu'un furoncle ou anthrax a déjà » paru, d'en empêcher le développement, d'en abréger considérablement la durée. Elle semble prévenir » et empêcher la production de furoncles nouveaux » et arrive à guérir ainsi certaines furonculoses » rebelles. On serait même tenté de dire que la levure » de bière fraîche est, pour la furonculose, un spécifique au même titre que le mercure pour la syphilis, » que la quinine pour l'impaludisme. »

Très alléché par cette lecture, du 1er au 10 juin, je pris tous les jours trois cuillerées à bouche de levure fraîche, que j'allais quérir à l'une des bonnes brasseries de la ville. Je tolérais très bien cette dose qui ne m'occasionna que quelques borborygmes et une très légère diarrhée; mais cela n'influa en rien sur la marche des clous en évolution et il m'en poussa une paire d'autres. Je fus alors informé par le Dr Aragon que, les diverses levures pouvant être très dissemblables, l'action d'une « levurine » préparée par la pharmacie Couturieux était beaucoup plus fidèle et plus efficace. M. Couturieux mit très obligeamment à ma disposition quelques flacons de sa levurine dont, à partir du 15 juin, je m'administrai quotidiennement trois très fortes cuillerées à café, dépassant un peu la dose indiquée.

Je regrette d'avoir à dire que ce médicament, qui chez certains sujets, produit des effets excellents dont le Dr Aragon a entretenu naguère les lecteurs de ce journal (1), n'eut chez moi aucun résultat. Le deuxième, le septième, le onzième jour du traitement, les deux clous géminés habituels naquirent sur ma nuque. Au bout de quinze jours, je cessai le médicament dont j'avais pris environ deux flacons et demi.

C'est alors que, très ennuyé, je me mis au régime végétarien, ou plus exactement au régime sans viande : Deux œufs accommodés de façons diverses, à chaque repas ; plus légumes variés féculents ou herbacés, fruits, laitages, fromages non faisandés, crème; nulle autre boisson que de l'eau (eau minérale et eau simple) ou du thé ; café à volonté, et j'en prends pas mal, surtout le soir, en travaillant et en fumant.

Eh bien, depuis le 1er juillet, jour où j'ai adopté cette hygiène alimentaire, *je n'ai plus vu apparaître un seul furoncle*. Ceux qui existaient ont achevé leur cours, mais il n'en est pas venu d'autres. Et voilà plus de cinq mois de cela.

Oh ! je sais très bien ce que l'on pourra dire : que la diététique nouvelle a été inaugurée juste à l'heure

(1) Brocq. *La levure de bière dans la furonculose*, in Presse médicale du 28 janvier 1899.

(1) *Bulletin médical* du 6 juillet 1899.

où la poussée morbide finissait, comme elle s'était terminée tout spontanément en 1897. Notez pourtant que depuis lors la dermite occipitale a complètement disparu, sans que j'aie fait d'autre traitement local qu'un lavage à l'eau de Cologne, matin et soir. La peau est aujourd'hui absolument lisse et normale à cet endroit. Enfin l'eczéma péri-anal a aussi beaucoup diminué, les démangeaisons qui l'accompagnent ont presque cessé.

J'ai donc persévéré dans mon régime durant trois mois, beaucoup moins strictement d'ailleurs qu'au début, mangeant très bien un peu de poisson, buvant — par gourmandise - un peu de vin à la fin du repas. C'est ce qu'on peut appeler le « végétarianisme panaché », à peu près celui qu'avait popularisé feu notre excellent oncle SARCEY. Somme toute, c'est le « maigre » catholique. Depuis, j'ai repris l'usage de la viande, mais à un seul repas et en quantité modérée. Du reste je ne m'engage nullement à ne jamais plus manger, soit en dînant en ville, soit chez moi, une appétissante aile de perdreau cuit à point, à ne jamais boire un verre de chambertin. Je n'ai point fait de vœu à cet égard. Mais en fait il m'arrive assez souvent d'être deux jours sans manger de viande.

« C'est une ennuyeuse maladie, a écrit LA ROCHEFOUCAULD en sa 282e maxime, que de conserver sa santé par un trop grand régime ». Soit. Pourtant il ne faut pas croire cette hygiène difficile à observer, ni même désagréable, au moins à partir d'un certain âge. Il se peut que les robustes appétits de vingt-cinq ans s'accommodent mal des menus que je préconise. Quant à moi, je n'y trouve que des avantages, sans privation pénible.

Ce régime, en réduisant les repas à des mets très simples, fait que l'on mange moins, que l'on ingère une moindre quantité d'aliments, tout en en prenant, nous l'allons voir, très suffisamment pour les besoins organiques. Les gens, qu'alourdit une certaine surcharge graisseuse, voient diminuer leur adipose. J'ai perdu 4 kilogr. en trois mois ; puis je suis resté stationnaire. Et l'on se trouve singulièrement alerte et dispos, la tête libre, tout prêt, même immédiatement après le repas, au travail intellectuel ou physique. C'est un charme.

Comme je me demandais si cette alimentation me fournissait tous les matériaux organiques en quantité suffisante, j'ai prié mon collègue et ami, le professeur LAMBLING, — que ces questions de chimie de l'alimentation intéressent beaucoup, et aux conversations duquel je dois les courtes notions de chimie biologique que j'essaierai de résumer très brièvement tout à l'heure ; — je priai donc M. LAMBLING de faire, par deux fois, à quelques jours d'intervalle, l'analyse de mes urines de vingt-quatre heures. Voici la note qu'il me fit remettre le 26 juillet : « L'azote total dosé » dans les deux analyses a indiqué une destruction » de 72 et 78gr. d'albumine alimentaire en vingt-quatre » heures. Comme pour votre taille (1m72), votre poids » vif devrait être d'environ 72 kilog., et plutôt un peu » moins, et que le reste représente une surcharge » adipeuse de 23 kilog. (votre poids net étant de » 95 kilog.), j'estime votre apport d'albumine très » suffisant, l'apport nécessaire moyen étant de 1gr. » d'albumine par kilogramme de poids vif. Vous » pouvez donc continuer sans crainte votre régime ».

Comment un tel régime peut-il être utile aux arthritiques ? Il y a vingt ans, on tenait l'arthritisme pour une maladie du ralentissement de la nutrition. L'arthritique brûlerait incomplètement les matières albuminoïdes qu'il absorbe. Il ne pousserait pas l'oxydation jusqu'au terme définitif, jusqu'à l'urée ; mais il s'arrêterait à un degré d'oxydation inférieur, à l'acide urique dont ses tissus se satureraient. Puisque le régime du « maigre » apporte à mon organisme tout autant d'albumine qu'il lui est nécessaire, il faudrait, dans cette théorie, admettre que j'oxyde mieux et plus complètement les substances azotées fournies par cette alimentation que celles fournies par la viande. Après tout, il n'est pas inconcevable que l'albumine venant d'un honnête haricot s'assimile mieux que celle de la chair d'un animal plus ou moins surmené. Mais cette idée que l'acide urique n'est qu'une étape vers l'urée, n'est plus guère acceptée par la chimie biologique actuelle. On croit aujourd'hui que l'acide urique est le résultat de l'oxydation de certains éléments spéciaux, des nucléines, des leucocytes, etc., et non le résultat d'une oxydation incomplète des produits de désassimilation.

Ce n'est donc pas à l'intoxication de l'acide urique que l'on peut attribuer l'arthritisme. Alors à quoi ? Peut-être à l'hyperacidité des tissus par production exagérée d'acide sulfurique, qui se forme surtout dans le cas d'alimentation très carnée (animaux carnassiers). Or, la vie cellulaire est alcaline. Comme le végétal est essentiellement alcalin, il favorise la vie

cellulaire en apportant directement dans la profondeur des tissus cette alcalinité bienfaisante.

Puis il y a sans doute et surtout, des questions de ptomaînes, absorbées en même temps que les matériaux carnés albuminoïdes. Enfin, le mangeur de viande est généralement plus gros mangeur que le végétarien. Dans son intestin séjournent en plus grande quantité des résidus fermentescibles d'aliments inutilisés ; d'où tendance à une certaine stercorémie.

Je suis convaincu que nous tous, — je ne parle pas des miséreux qui manquent du nécessaire, mais des classes moyennes, — je suis persuadé, dis-je, que nous mangeons trop par habitude; la sensation de la faim n'est apaisée chez nous que par l'ingestion d'une quantité d'aliments bien supérieure à la quantité indispensable ou utile. Et surtout nous mangeons trop de viande. Un seul repas quotidien à la viande est d'ordinaire amplement suffisant pour un adulte en bonne santé. C'est à la suite des exagérations broussaisiennes d'abstinence qu'ont commencé les exagérations de suralimentation carnée. Il y a soixante-dix ans, la terreur de l' « irritation » aboutissait à des jeûnes effroyables, infligés aux malades à propos de tout. Quand j'ai commencé l'exercice de la profession médicale, il y a trente-deux ans, j'ai vu un vieux praticien septuagénaire, ayant à soigner une fracture du radius idéalement simple, ne permettre à son blessé, les deux premiers jours, que quelques cuillerées de bouillon de poulet et ne lui accorder un œuf à la coque que le cinquième jour; le tout pour « éviter la fièvre »

On a réagi et avec raison ; mais peut-être trop. Il est entendu que nous sommes en un siècle d'anémiques et de névrosés. Donc refaisons-nous du sang : *Sanguis moderator nervorum.* En avant les viandes rôties à profusion, et le vin de Banyuls au grand verre. Oui, mais gare aux inconvénients, inaperçus tout d'abord. Croit-on que l'engouement pour le vin de quinquina et les préparations réputées toniques, soit tout-à-fait innocent de l'expansion de l'alcoolisme par les apéritifs, un des plus détestables modes de l'alcoolisme? L'abus des nourritures ultra-carnées n'a-t-il été pour rien dans le développement toujours croissant des artério-scléroses, des cardiopathies, des néphrites? Et le cancer, dont la fréquence et la précocité augmentent indéniablement? Je ne voudrais pas en attribuer absolument la genèse à l'alimentation trop riche en viande ; mais je ne puis m'empêcher de songer aux recherches, sinon complètement probantes au moins très suggestives, de Paget relevant dans les grandes villes d'Angleterre les statistiques de la mortalité par cancer et de la consommation de la viande, surtout des conserves de porc salé, et constatant que les deux graphiques sont parallèles. En dehors de ces graves méfaits, il est certain que l'usage habituel trop copieux de viande hyperacidifie et ptomaïnise fâcheusement les pauvres arthritiques, mes frères ; et qu'il leur en cuit. Et je me permets de leur dire : Mettez-vous donc au « régime végétarien panaché » pendant quelques semaines; vous verrez que ce n'est ni impossible, ni même désagréable. Si cette abstinence vous effraie, mangez moins de viande, et d'une façon générale mangez moins; vous vous en trouverez fort bien et vous apprécierez la sagesse de ce calembourg médical latin du XVII[e] siècle : *Modicus cibi, medicus sibi.*

Troubles mentaux dans la grippe

par MM. le professeur **Combemale** et **Dorion**, interne des Hôpitaux

Amélie L., femme C., âgée de 27 ans, ménagère, entre aux pavillons Olivier, dans le service de M. le professeur Combemale, le 11 avril 1899.

Comme antécédents héréditaires, il y a à noter qu'une sœur âgée de 19 ans, vient de mourir de méningite tuberculeuse aiguë, qu'un frère vient également de mourir de tuberculose aiguë à l'âge de 29 ans. Parmi les collatéraux on note, d'autre part, qu'une tante a présenté de l'aliénation mentale.

A en croire ses antécédents personnels, Amélie L. n'aurait jamais été malade ; elle aurait joui d'une excellente santé jusqu'en ces derniers temps; elle n'est pas nerveuse, il n'y a pas d'alcoolisme.

Habitant une localité voisine de Lille, la malade était au sein de sa famille, à la campagne, quand les accidents ont débuté. Venue chez ses parents pour y soigner son frère et sa sœur malades, elle les vit mourir tous deux en l'espace de moins de huit jours ; l'un, nous l'avons dit, de granulie, l'autre de méningite. L'influenza sévissait d'ailleurs depuis quelque temps dans le pays. Déjà fatiguée, surmenée par les soins qu'elle avait prodigués à ses frère et sœur, notre malade éprouva, d'autre part, un violent chagrin de ces deux morts rapides qui lui enlevaient des affections chères. Elle se sentit faiblir elle-même et elle tomba malade ; courbature, fièvre, anorexie, douleurs articulaires, faiblesse extrême, puis toux et expectoration, tels furent les symptômes qu'elle présenta pendant quelques jours. Mais dès le début, semble-t-il, des troubles mentaux apparurent ; c'est ainsi que notamment la malade avait cette idée fixe que sa maladie était la même que celle de son frère et de sa sœur et qu'elle ne pourrait guérir. Au bout de trois

jours environ, les symptômes aigus d'influenza ayant en partie diminué, elle rentra chez elle. Là son mari l'obligea à venir à Lille pour prendre une consultation ; on lui conseilla d'entrer à la maison de santé ; ce qu'elle fit non sans difficulté, car elle répétait que sa maladie était grave et qu'elle ne guérirait pas.

Les renseignements cliniques recueillis dans les premiers jours de l'entrée, montrent que la fièvre est peu accusée; la température oscille pendant quelques jours au voisinage de 38°, puis redevient normale ; l'appétit est diminué, quoique conservé, les fonctions de l'estomac et de l'intestin sont normales, la faiblesse musculaire, les douleurs ont disparu ; seule la toux persiste, accompagnée d'une expectoration peu abondante; celle-ci est composée de quelques crachats nummulaires, tels qu'on les trouve dans la grippe. L'examen physique du poumon ne révèle du reste que quelques râles de bronchite disséminés, sans rien de plus marqué aux sommets. Les crachats, examinés plusieurs fois au microscope, ne contiennent pas de bacilles de Koch.

L'examen le plus serré ne fait rien constater au cœur, ni aux autres organes; les urines sont normales.

Mais si les troubles viscéraux dépendant de l'influenza ne sont plus guère apparents, les troubles mentaux, en revanche, persistent, plus marqués encore qu'au début de l'influenza :

L'insomnie est presque absolue ; un peu d'agitation nocturne ; la malade se lève par moments, fait quelques pas dans sa chambre, sans but apparent, puis se recouche. Pendant le jour, il y a tendance marquée à la mélancolie; des crises de larmes surviennent, surtout quand elle s'entretient de ses parents ; elle insiste alors sur son chagrin, ses malheurs, sur sa maladie ; elle sait, dit-elle, que c'est le même mal que son frère et qu'elle ne peut pas guérir, etc... ; sous l'influence de cette idée, elle n'accepte que difficilement les médicaments et le régime prescrits. Les idées de suicide d'autre part ne paraissent pas exister.

Bien que son mari, sa gardienne, la religieuse, aient été souvent questionnés à ce sujet et que nous l'ayons observée principalement dans ce but, nous n'avons pu constater d'illusions ou d'hallucinations de l'ouïe ou de la vue.

L'intelligence ne paraît pas très vive, la mémoire est un peu lente, les mots bien à son service, il n'y a pas d'incohérence choquante dans le raisonnement.

L'isolement auquel la malade est soumise, la privation de son entourage habituel et la vue des médecins et d'un personnel spécial semblent lui peser beaucoup, du moins elle le dit. Il en résulte, par moments, une dépression morale, un découragement évidents.

Peu à peu, après des alternatives de mieux être et de rechute de quelques heures, sous l'influence de quelques bains aromatiques et d'une alimentation abondante, les symptômes paraissent s'amender. La toux et l'expectoration ont disparu, l'appétit est redevenu normal; la malade reprend un peu de gaieté, elle dort presque toute sa nuit; elle reçoit de temps à autre quelques visites, et elle cherche manifestement à lier connaissance avec les malades des chambres voisines; de plus elle paraît s'habituer au nouveau milieu, elle va et vient, et ne parle plus de sa maladie que comme souvenir, disant qu'elle est guérie et qu'elle veut partir. Mais de temps à autre on surprend encore chez elle des traces des accidents récents ; des larmes sans raison, une insistance suspecte à dire à qui veut l'entendre qu'elle est parfaitement guérie ; sortie un jour avec deux compagnes, elle cherche à tromper leur surveillance pour s'échapper.

Un mois environ s'est écoulé depuis son entrée, quand, sur ses instances et sur celles de son mari, elle sort des pavillons Olivier. Quoique apparemment guérie, on ne la considère pas comme telle en réalité, et on formule, à son départ, un pronostic plein de réserves.

Huit jours à peine après sa sortie, Amélie L. a dû être mise à nouveau en observation à l'hôpital Saint-Sauveur, et, quelques jours après, prendre le chemin de l'asile d'aliénées de Bailleul.

Certes, les troubles mentaux éclos sous le coup de la grippe ne sont pas très rares. Pick, Joffroy, Bartels, Becker, Krœpelin, Holtz en ont relaté les premiers cas durant la grande épidémie de 1890. Mairet étudia longuement, à la même époque, les modalités cliniques qu'affectent les psychoses de l'influenza. Depuis lors, Jubrosinski, Gauster, Leledy et Savage, Mills, Canger, Raynaud, André Martin, Hagopoff, Postowsky, Maiorfi, pour ne citer que ceux-là, — et nous avons conscience de passer sous silence de nombreux auteurs —, ont apporté leur contribution à la question des rapports de l'aliénation mentale avec l'influenza. Le fait est donc bien établi.

S'il n'était pas si fréquemment établi, dans le cas que j'ai rapporté, malgré les examens bactériologiques négatifs que j'ai cités, on aurait peut-être tendance à voir là la griffe de la tuberculose et à faire d'une psychose grippale, une aliénation mentale par tuberculose, en raison des récents décès par tuberculose cérébrale survenue dans la famille de la malade. Il n'en était rien cependant, et sur un terrain prédisposé, la grippe (poison grippal ou dénutrition aiguë) a joué le rôle de cause déterminante de troubles mentaux, comme l'aurait joué peut-être la puerpéralité à un autre moment de la vie de cette femme.

BIBLIOGRAPHIE

Pick. — Troubles psychiques consécutifs à l'influenza, *Gaz. méd. Paris*, 1890, p. 90.

Joffroy. — Délire avec agitation maniaque dans l'influenza, *Soc. méd. hôp.*, 1890, 28 mars.

Bartels. — Influence de l'influenza sur les maladies mentales, *Gaz. méd. Paris*, 1890, p. 159.

Becker. — Un cas d'aliénation mentale consécutive à l'influenza, *Gaz. méd. Paris*, 1890, p. 159.

Krœpelin. — Sur les psychoses consécutives à l'influenza, *Gaz. méd. Paris*, 1890, p. 159.

Holtz. — Psychoses après l'influenza, *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1890, p. 145.

MAIRET. — Grippe et aliénation mentale, *Montpellier médical*, 1890, p. 330.

JUBROSINSKY. — Sur les psychoses de l'influenza, *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1891, p. 92.

GAUSTER. — L'influenza et les maladies mentales, *Bull. méd.*, 1891, p. 273.

LELEDY et SAVAGE. — Effets nerveux et mentaux consécutifs à l'influenza, *Revue de Ranse*, 1892, p. 58.

MILLS. — Symptômes nerveux et mentaux produits par la grippe, *Rev. intern. bibliographie*, 1892. p. 153.

CANGER. — Le délire de l'influenza, *Rev. intern. bibliographie*, 1893, p. 3.

RAYNAUD. — Le suicide dans la grippe, *Revue de Ranse*, 1893, p. 339.

ANDRÉ MARTIN. — Grippe avec agitation maniaque terminée par la mort, *Bull. méd.*, 1893, p. 895.

HAGOPOFF. — Délire apyrétique chez un convalescent de grippe, *Gaz. méd. Paris*, 1895, p. 73.

POSTOWSKY. — Les psychoses grippales, *Méd. mod.*, 1895, p. 588.

MAÏORFI. — Cas de folie consécutive à l'influenza, *Anjou médical*, 1897, p. 641.

Quelques vieilleries nouvelles sur la peste

« Il ne faut pas parler de corde dans la maison d'un pendu », dit le proverbe. La peste n'est pas encore « at home », on peut donc en parler.

Néanmoins, comme dans ce journal, on a déjà maintes fois parlé de « la Mauvaise », je m'estimerai heureux si les deux articulets qui suivent peuvent intéresser mes condisciples et les faire rire un tantinet.

L'épreuve ci-contre est la photographie de la gra-



vure qui sert de frontispice au « Traité de la peste » dû à Jean MANGET et publié par lui en 1721.

Elle vous laisse, sans doute, assez rêveur. Eh bien, ce costume hétéroclite, qui fait à la fois de celui qu'il recouvre : un prêtre catholique par le chapeau et la robe ; un scaphandrier par la tête aux yeux de verre ; un oiseau par le bec et un professeur de boxe par les gants, constitue tout simplement le bizarre accoutrement des médecins et autres personnages qui visitaient il y a près de 300 ans les « malades de la peste ».

« Cet habit (1), dit Jean MANGET, n'est pas une » chose de nouvelle invention et dont on ait com» mencé l'usage dans la dernière peste de Marseille ; » il est de plus vieille date, et MM. les Italiens se sont » servis d'un costume à peu près semblable depuis » longues années. La robe est tout en maroquin du » Levant, lequel est l'étoffe qui, à cause de son odeur » et de son poil, est la plus capable de résister au » venin pestilentiel. Le nez, en forme de bec, rempli » de parfums et oint intérieurement de matières bal» salmiques, n'est percé que de deux trous, un de » chaque côté ; mais cela peut suffire pour la respira» tion, et l'air que l'on respire ainsi n'arrive à l'odorat » qu'imprégné du parfum des drogues renfermées » dans le bec. Les ouvertures nécessaires pour la vue » sont pratiquées sans danger au moyen de petites » fenêtres fermées par du cristal. Sous la robe on » porte ordinairement des bottines à peu près à la » polonaise, faites de même en maroquin du Levant, » des culottes de peau unie qui s'attachent aux dites » bottines, et une chemisette aussi de peau unie ; » enfin le chapeau et les gants sont également en » maroquin ».

Mais, direz-vous, quel est cet instrument que le maître porte à la main ?

Voici : Tous les médecins et autres personnages admis à soigner ou à visiter les pestiférés devaient ostensiblement porter une baguette qui, sans être magique, avait pour but de faire fuir loin de celui qui la portait, les mortels se souciant tant soit peu de leur santé.

Voilà, aussi complète que possible, l'explication de la gravure.

Autre chose maintenant.

ISBRAND DE DIEMERBROOEK, que je mets à contribution, va vous dilater la rate quelque temps encore en vous exposant les moyens prophylactiques employés par lui pour se préserver de la peste pendant les deux années qu'il lutta contre elle au moment où elle sévit si cruellement à Nimègue.

Et ceci se passait en des temps très anciens.

Il s'agit, en effet, de l'épidémie de 1636 et 1637.

« De la même manière, dit-il (2), que tout le peuple » se règle sur l'exemple du roi, de même, en temps

(1) Magasin Pittoresque de 1841.

(2) (Journal d'un médecin pendant la peste de Nimègue, 1637), *Magasin Pittoresque de 1841.*

» de peste, chacun a les yeux sur les médecins pour
» se conformer à leur manière de vivre, afin que,
» prenant les mêmes précautions, on se puisse mettre à
» couvert des traits effroyables de cet horrible mal.
» Plusieurs personnes étoient surprises comment je
» me pouvois garantir, moi qui entrois indifférem-
» ment dans toutes sortes de maisons infectées, et
» qui visitois tous les malades, cela les rendoit
» attentives à ma conduite dont je vais donner ici le
» détail, afin qu'elle soit connue et qu'elle profite à
» tout le monde.

» Je faisois tous mes efforts pour me mettre au
» dessus des passions et pour me rendre intrépide ; je
» ne craignois ni le péril, ni la mort, ni quoi que ce
» soit ; je regardois d'un œil indifférent les maisons
» infectées et celles qui ne l'étoient pas. J'en usais de
» même à l'égard des malades ; je visitais avec autant
» de plaisir un pauvre par charité, qu'un riche qui me
» paioit mes visites ; mon esprit n'étoit susceptible ni
» de la terreur, ni de la colère, ni du chagrin. Si
» quelquefois je m'apercevois que la tristesse commen-
» çoit à s'emparer de mon âme (ce qui ne pouvoit
» guère être autrement dans une ville comme Nimè-
» gue, où aucune maison n'étoit exempte de mal)
» alors je me redonnais du courage et je chassois
» bientôt la mélancolie avec trois ou quatre verres de
» vin. Quoi que je ne conseille pas aux autres de
» dormir le jour, cependant, comme j'étois accablé
» par la quantité des malades qui ne me donnoient
» aucun repos, et qui ne me permettoient pas même
» de dormir toute la nuit, je ne pouvois pas m'empê-
» cher de reposer une heure après diner, qui étoit le
» temps ou j'avois moins à faire.

» Pour ma nourriture, j'usais de viandes qui fussent
» de bon suc et de facile digestion, évitant avec très
» grand soin celles qui m'avoient paru contraires chez
» les autres, comme le pourvan, les harengs, etc. Je
» buvois de la bière ordinaire de Nimègue ou du vin
» blanc léger, dont je prenois jusqu'à m'égayer, sans
» que ma tête en fût jamais troublée. Je me tenois
» l'estomac libre et l'économie des organes digestifs
» réglée avec autant d'attention et de soin qu'il étoit
» en mon pouvoir.

» Une fois ou deux la semaine, en me mettant au
» lit, j'avalois une ou deux de mes pilules contre la
» peste. Je sortois le matin vers les quatre ou cinq
» heures pour voir mes malades. Mais ce qui me
» faisoit le plus de peine, et que je blâmois le plus
» chez moi, c'étoit la répugnance insurmontable que
» j'avois à prendre de la nourriture lorsque j'avois
» fait mes visites ; tout aliment me faisait mal au
» cœur. Aussi, pour déjeuner, je faisois la prière et
» me recommandais au Seigneur ; je mâchois seule-
» ment quelques grains de petit cardamome, et
» vers les six heures, je prenois, ou un peu de
» thériaque, ou un peu de diascordium, ou de
» l'écorce d'orange confite, mais le plus souvent trois
» ou quatre petits morceaux de racine d'eaune con-
» fite. Entre sept et huit heures du matin, je déjeu-
» nois avec du pain, du beurre ou du fromage verd,
» buvant un verre de bière par dessus ; presque tous
» les jours je prenois un verre de vin d'absinthe vers
» les neuf heures ; à dix, si j'avais le temps, je fumois
» une pipe de tabac ; après-dîner, j'en fumois deux ou
» trois, autant après souper, et fort souvent dans la
» journée si l'occasion s'en présentoit, j'en fumois
» encore autant. Mais lorsque je me sentois le moins
» du monde incommodé de la puanteur des malades
» ou des maisons infectées, je quittois toutes mes
» affaires, quelque importantes qu'elles fussent et à
» quelque heure du jour que ce fut, pour tirer la
» fumée de deux ou trois pipes de tabac, car, à vrai
» dire, j'ai toujours regardé cette plante comme le
» meilleur préservatif contre la peste.

» Ce n'est pas tant le raisonnement que ma propre
» expérience qui m'en a convaincu, et je ne pense pas
» qu'on en ait trouvé un plus sûr jusqu'à présent,
» pourvu que ce soit de bon tabac en corde bien mûr.

» C'est pourquoi, me tenant à cet antidote, je ne
» me servois d'aucun parfum, ni de tout ce qu'on se
» met dans la bouche en ces cas-là ; ainsi, tant que la
» peste dura, je consumai une bonne quantité de cette
» herbe dont j'ai pourtant quitté l'usage de peur de m'y
» accoutumer et d'en abuser comme bien des gens le
» font aujourd'hui. Un jour, étant allé visiter un
» notaire nommé Straeten, attaqué de la peste, je ne
» fus pas plutôt entré dans sa chambre que l'affreuse
» odeur qui s'exhalait me suffoca ; je me sentis de
» suite atteint de la contagion (sic). Je fis ma visite
» très courte et sortis de ce lieu avec des vertiges,
» des nausées et une anxiété, un serrement de cœur
» qui ne me permettaient pas de douter que je ne fusse
» attaqué du venin pestilentiel !

» Ayant quitté tout autre affaire (il était alors dix
» heures du matin), je me retirai chez moi, où je
» fumai six ou sept pipes d'excellent tabac.

» Bientôt tous les symptômes dont j'étais travaillé
» disparurent, si bien que je ne sentis plus absolument
» aucun mal, et que je fus en état de continuer la
» visite de mes malades, après avoir avalé, avant
» de sortir de ma maison une drachme de bonne
» thériaque.

» Les mêmes accidents m'ont attaqué trois ou
» quatre fois pendant tout le temps que j'ai vu les ma-
» lades de peste à Nimègue, et je me suis toujours tiré
» d'affaire par le même remède, et cela promptement,
» sauf une seule fois qu'étant allé visiter vers les neuf
» heures du matin un boulanger et sa femme, attaqués
» tous les deux d'une diarrhée pestilentielle, et aiant
» tardé plus que je ne devois à recourir à mon remède
» ordinaire, je faillis être en grand danger. Cependant
» je fumai quelques pipes, après quoi je tombai dans
» un si grand assoupissement, avec une telle angoisse
» de cœur, que je fus forcé, malgré moi, de me
» mettre au lit.

» Après trois heures de sommeil je fus réveillé par
» mon valet qui m'avertit que j'étais attendu avec une
» grande impatience par une multitude de malades ;
» mais je me trouvai hors d'état de me soutenir. Je me
» levai pourtant et m'étant approché du feu en me
» soutenant sur l'épaule de mon valet, je revins à mon
» tabac, et dès que j'eus fumé deux ou trois pipes,
» mes vertiges et mes nausées se dissipèrent sans
» qu'il me restât autre chose que quelque anxiété de
» cœur. Alors, prenant courage et éloignant de moi
» toute crainte, j'avalai de nouveau une drachme et
» demie de thériaque, buvant par dessus un bon trait
» de vin chaud, dans lequel je mêlai un peu de can-
» nelle et de noix muscade.

» Je m'exposai à l'air en cet état, et je m'échauffai
» en marchant, ce qui continua jusqu'à dix heures du
» soir. Je revins alors chez moi en bonne santé et le
» cœur tout-à-fait rétabli.

» Je soupai avec assez d'appétit et finis mon repas
» par quelques pipes de tabac dont l'usage, comme
» je l'ai déjà remarqué, m'a toujours été d'un grand
» secours, lorsque je me suis senti saisi de quelque
» atteinte de venin pestilentiel. Quoique le même
» bonheur ne fût pas arrivé à tout le monde, les bons
» effets de cette plante ont été aussi éprouvés par plu-
» sieurs soldats, ainsi qu'il m'a été raconté par leurs
» capitaines. On assure quelque chose de plus, car
» on dit qu'à Londres, dans une grande pestilence,
» les maisons de ceux qui vendaient du tabac ne
» furent point attaquées. Cependant le même bon-
» heur n'est pas arrivé à Nimègue à tous les mar-
» chands de tabac, car nous en avons vu quelques-
» uns pris de la peste. Il est vrai que chez le princi-
» pal de ces marchands, qui était un Anglais du nom
» de THOMAS PIERRE, dont la famille et le service
» étoient fort nombreux, autant que j'en puis avoir
» la mémoire, il n'y eut qu'une seule servante atta-
» quée, laquelle fut sauvée en peu de tems. »

Je n'ai rien changé à cette citation et je n'ai pas voulu l'entrecouper des réflexions qu'elle comporte, laissant à chacun le soin de les faire lui-même.

J. CURMER.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. DOYEN présente un nouvel antiseptique : le protéol, qui serait supérieur à tous les antiseptiques pulvérulents. La composition est tenue secrète.

Société de Chirurgie. — La discussion revient sur les paraappendicites, et sur les adénites précæcales, dont M. GÉRARD MARCHANT avait signalé l'existence. Ces formes rares constituent presque toutes des surprises opératoires.

Société médicale des Hôpitaux. — M. VAQUEZ étudie la valeur des méthodes propres d'apprécier l'état des fonctions rénales. L'analyse des urines et la perméabilité au bleu donne des renseignements souvent contradictoires et qu'il faut contrôler par la clinique. La cryoscopie paraît appelée à fournir de meilleurs indications, mais cette méthode est encore à l'étude.

Société de Biologie. — M. CARNOT a obtenu une toxine pneumonique dont l'injection produit des lésions cardiaques et musculaires.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les inconvénients des recherches scientifiques

Le professeur COMSTOCK, de Cornell, racontait à ses élèves l'histoire suivante :

Un professeur de zoologie désirait se procurer quelques échantillons de porc atteint de ladrerie. Il alla trouver son boucher et demanda s'il avait parfois de la viande de porc ladre.
— Quelquefois, répondit le boucher prudemment. Mais j'ai

soin de la jeter aussitôt. — Bien, dit le professeur, la prochaine fois que vous en aurez, envoyez-m'en quelques morceaux, je vous prie.

Il entendait « à son laboratoire ». Le boucher comprit autrement.

Au bout de trois semaines, le professeur ne voyant rien venir va de nouveau trouver le boucher. — « Pourquoi ne m'avez-vous pas envoyé ce que je vous avais demandé ? — Mais, comment donc ? Je vous en ai envoyé deux livres la semaine passée. — Et où me l'avez-vous envoyé, demande le professeur en pâlissant. — Mais chez vous, naturellement. »

(*Médecine moderne*).

Le divorce pour cause d'erreur de sexe

C'est une cause peu banale. Neugebauer n'en a pas moins réuni cinquante cas authentiques où le divorce a été prononcé pour erreur dans la qualité sexuelle des parties contractantes.

Dans certains cas, la conformation de ces hermaphrodites était telle que les médecins eux-mêmes ne purent s'accorder, après examen minutieux, sur le sexe de l'individu.

46 fois sur les 50 cas, il s'agissait de mariage entre un homme et un hermaphrodite mâle. Dans trois cas, c'était le contraire, la femme avait épousé un hermaphrodite femelle.

Dans un de ces derniers ménages, le mari supposé devint, dirai-je « enceinte » et accoucha à terme d'un enfant bien conditionné.

Le cas le plus remarquable est celui d'un hermaphrodite mâle qui eut successivement trois maris. C'est le troisième mari qui demanda le divorce après qu'elle, ou plutôt il, lui eut communiqué une blennorragie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La Kola et le monopole des pharmaciens

Les innombrables préparations qui ont pour base la noix de Kola doivent-elles être considérées comme des préparations médicamenteuses ou médicaments composés, susceptibles, aux termes de la déclaration du 25 août 1777 et de l'art. 33 de la loi du 28 germinal, an XI, et sous la sanction pénale de ces dispositions législatives, — d'être détenues, préparées, exposées, mises en vente par les seuls pharmaciens, à l'exclusion des épiciers, droguistes, herboristes, bref des non pharmaciens?

La question ne pouvait manquer d'être, un jour ou l'autre, portée devant la justice. Elle a été soulevée notamment par le syndicat des pharmaciens des Basses-Pyrénées, à propos de la mise en vente, chez un non pharmacien, de produits divers : Extrait concentré de noix de Kola, alcoolature de Kola ; toni-Kola, vin de Kola, etc. Disons tout de suite que les pharmaciens n'ont pas obtenu gain de cause, et que leur action a été rejetée par un jugement du tribunal correctionnel de Bayonne, en date du 6 juillet 1899 (*La Loi* du 23 décembre 1899). Le tribunal de Bayonne, aidé par des consultations émanées de médecins et de jurisconsultes, de professeurs de médecine et de professeurs de droit, a étudié la question de façon très approfondie, et ne l'a résolue qu'après une discussion dont la portée dépasse de beaucoup les limites de l'affaire spéciale qui lui était soumise. Aussi ce jugement mérite-t-il de retenir l'attention de nos lecteurs : il s'agit d'un très intéressant épisode de cette lutte plusieurs fois séculaire poursuivie par les pharmaciens contre tout ce qui paraît porter atteinte à leur monopole.

Rappelons, d'abord, que les arbitres souverains de cette lutte sont les tribunaux judiciaires. Bien des fois, la Cour de cassation a décidé que les tribunaux apprécient souverainement, comme juges du fait, si tel produit, telle préparation, sont médicamenteux, donc soumis au monopole des pharmaciens, ou sont bien plutôt hygiéniques, industriels, alimentaires, d'agrément que médicamenteux et échappent à ce monopole, même quand ils ne seraient pas exempts de toute espèce de vertu curative.

Cela étant, les tribunaux semblent de plus en plus se guider par ces deux considérations : d'une part, que l'intérêt matériel des pharmaciens ne doit pas se couvrir à tout propos du manteau de la science et du souci de la santé publique, pour accaparer et monopoliser la vente de tous les produits et préparations plutôt hygiéniques, alimentaires, industriels (quoique quelque peu curatifs) que médicamenteux et thérapeutiques, pour voir en tout et partout des médicaments et des drogues ; — d'autre part, que les progrès constants de la science peuvent dépouiller un produit du caractère curatif, thérapeutique, toxique, nocif, qui aurait pu lui être attribué tout d'abord par un examen superficiel ou hâtif. Et, sous l'empire manifeste de ce double courant d'opinion, la jurisprudence tend, de plus en plus, à restreindre le monopole des pharmaciens, et à placer dans la classe des préparations relevant plutôt du domaine de la distillerie industrielle des liquoristes, parfumeurs, limonadiers (donc de vente absolument libre), des substances ou produits soumis un certain temps au monopole des pharmaciens.

Les exemples abondent.

Ainsi, a été déclarée libre la vente des potions, sirops, gargarismes, poudres purgatives dont la composition n'est pas bien classée, alcool camphré, etc., autant de produits qui ne sont pas dénués de toute espèce de vertus curatives et thérapeutiques, mais dans lesquels le côté curatif et thérapeutique est très secondaire, tandis que le côté industriel, hygiénique, alimentaire, désaltérant y est au contraire dominant.

De même pour le quinquina, à propos duquel se sont livrées les plus nombreuses batailles judiciaires. Quel est

le caractère du vin de quinquina, des préparations au quinquina, des apéritifs au quinquina? Tout d'abord et pendant longtemps maints tribunaux ont vu dans ces produits, avant tout et pardessus tout et toujours un médiment. Mais d'autres, appuyés par la Cour suprême, se sont prononcés en sens contraire. Et aujourd'hui, il semble évident que la jurisprudence incline à ne voir, dans tous les mélanges de quinquina avec des vins et des alcools, que des boissons hygiéniques, des apéritifs alimentaires, toniques, dont la vente est permise à tous.

Souvent, il a été jugé que toute espèce de remède n'est pas, au sens de la loi, un médicament rentrant dans le monopole des pharmaciens ; qu'ainsi sont libres la distribution et la vente par les non pharmaciens (par exemple, par les sœurs de charité) de remèdes simples (pris par opposition aux remèdes magistraux ou aux remèdes officinaux), tels que sirops, lochs, cataplasmes, tisanes, potions, gargarismes, fomentations, alcool camphré, bref de produits n'exigeant ni préparations compliquées, ni connaissances étendues en pharmacie.

Souvent, il a été décidé que le juge, chargé d'appliquer la loi pénale et de trancher la question de savoir si une peine est encourue par le non pharmacien qui a vendu des préparations incriminées comme médicamenteuses ou qui a vendu des drogues simples qu'il ne peut vendre licitement au poids médicinal, — doit rechercher si le prévenu, sur les enveloppes de ses flacons ou de ses boîtes, par ses catalogues, prix-courants, réclames, prospectus ou autres procédés de vulgarisation, a annoncé et mis en relief le but et l'effet curatifs de ses préparations, et cela surtout si la substance incriminée comporte, à côté des usages thérapeutiques, des emplois industriels, hygiéniques, alimentaires. A ce point de vue encore, la jurisprudence, tempérant l'interprétation de ces expressions : « vente, mise en vente, exposition en vente, dans la recherche et l'annonce du but curatif et thérapeutique » a décidé que, par le fait qu'un non pharmacien n'aura, dans ses prospectus, réclames, étiquettes, catalogues, prix-courants, annonces, afin de faciliter la mise en vente et le débouché de produits et substances relevant bien plutôt du domaine de l'industrie, de l'hygiène, de la parfumerie, de la distillerie, de l'agrément, de l'alimentation solide et liquide, que de celui de la pharmacie et de la thérapeutique... attribué et mis en relief quelques vertus modestement curatives de ces produits, il ne sera pas, par cela seul et par cela même, censé avoir mis, exposé en vente, vendu des médicaments ou des drogues simples au poids médicinal (c'est-à-dire avec annonce, but, recherche d'un effet curatif), avoir ainsi violé le monopole des pharmaciens et encouru la loi pénale. Exemples pour la pâte de mou de veau, le café d'Arabie, le lichen d'Islande, l'eau de mélisse des Carmes, l'eau de fleur d'oranger, l'alcool de menthe de Ricqlès, le loch blanc solide de Gallet, la farine de lin, de moutarde, la pâte de réglisse, les tablettes pectorales de Tolu, les dentifrices, les anticors.

D'autre part, le seul fait qu'un produit, une préparation, une substance figurent dans le *Codex* ou dans son supplément de 1895 (c'est le cas pour la kola), ne les soumet pas au monopole des pharmaciens, n'en fait pas pour cela invinciblement des médicaments vendables par les seuls pharmaciens, ni des drogues simples ne pouvant être vendues qu'en gros et non au poids médicinal, car le *Codex* mentionne un grand nombre de substances qui (tout en contenant dans leur nature intime, leur tréfonds, leur gangue, à l'état latent, à l'état de chrysalide, pour ainsi dire, des principes qui, dégagés par l'analyse, de cet état latent, sont ou peuvent être nocifs, toxiques doués d'effets thérapeutiques intenses), sont, par elles-mêmes inoffensives, tels par exemple que le cacao, le café, le lait (quoique la lactine, la caféine, la théobromine, que l'analyse peut extraire du lait, du café, du cacao, soient des alcaloïdes à action thérapeutique intense). Le *Codex* mentionne ainsi des produits ou préparations, tels que l'alcool, les huiles, les farines, l'absinthe, l'eau de seltz, le citron, la graine de lin, l'eau de Cologne, la poudre de riz, l'eau distillée, les sirops de groseille, framboise, orgeat, coings, etc., l'huile d'amande douce, la bière, la craie, les figues, les limonades, qu'il n'est jamais venu à l'idée de personne (à moins de voir partout des médicaments ou produits pharmaceutiques) de regarder comme médicaments proprement dits et de prétendre soumis au monopole des pharmaciens, quoique, cependant, pour l'alcool et l'absinthe, on puisse dire que leur vente libre et croissante constitue un fléau, tout au moins un danger sérieux pour la santé publique, en développant la plaie de l'alcoolisme.

Maintenant, dans quelle catégorie doivent être rangées les préparations à la noix de kola, incriminées par le syndicat des pharmaciens des Basses-Pyrénées? Il paraît au vu du jugement du tribunal de Bayonne, précité, que la question a commencé par diviser HYPPOCRATE et GALIEN.

D'après un professeur de la Faculté de médecine de Toulouse, M. DUPUY, et des médecins du Conseil d'hygiène de Bordeaux, la noix de kola (qui était le fond, la matière première des préparations incriminées), est une substance médicamenteuse, très active comme tonique du cœur, renfermant, entre autres éléments tels que la théobromine, le rouge de Kola, des alcaloïdes, tels que caféine en quantité telle que ce produit peut devenir facilement poison toxique, si on en abuse. Ils en concluaient que les préparations à la noix de kola sont des préparations médicamenteuses participant à ces vertus curatives, thérapeutiques, exerçant une active influence cardiaque sur l'organisme humain, devant rester, par conséquent, dans le monopole des pharmaciens.

En sens opposé, une consultation du docteur MORACHE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, appuyée par son collègue à la Faculté de droit, M. DE LOYNES, aboutissait à la conclusion que l'extrait concentré de kola est très improprement revêtu, au point de vue de la terminologie scientifique, de ce nom d'extrait. Il n'est au fond, en vraie pharmacologie, qu'un teinture ou alcoolature de kola et n'a aucun caractère de médicament, ni comme noix de kola prise telle quelle, ni comme noix de kola mêlée au vin ou à l'alcool. La kola n'est qu'un tonique excellent, un aliment de la classe connue en pharmacologie sous le nom d'aliments d'épargne, d'aliments antidéperditeurs, un excitant généreux, supprimant la fatigue, le surmenage, retardant le besoin d'alimentation. Quant aux deux préparations incriminées (qui ne sont autre chose que les opérations très simples, nullement génératrices de produits pharmaceutiques, nullement propres à isoler, dégager, extraire, des alcaloïdes nocifs, toxiques, tels que la caféine ou la lactine de la noix de kola, et sa macération dans l'alcool et le vin) elles ne sont, pas plus que l'emploi de la kola telle quelle, des médicaments, des préparations médicamenteuses, mais bien des boissons hygiéniques, alimentaires, toniques, sans principes toxiques nuisibles.

C'est à ce second point de vue que s'est rangé le tribunal de Bayonne. J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Conférence sur la Tuberculose

Dimanche 11 février, M. le Docteur AUSSET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, a fait, à Lille, une conférence sur la curabilité de la tuberculose, sous la présidence du professeur BROUARDEL, membre de l'Institut. Cette conférence est une étape de la campagne menée vigoureusement par M. AUSSET, en vue de l'érection, dans le Nord, d'un Sanatorium pour tuberculeux indigents.

En présentant le conférencier, M. BROUARDEL dit combien il est heureux de prêter son concours à cette croisade entreprise contre la tuberculose, qu'il appelle un « désastre public », « la pire des pestes ».

Prenant ensuite la parole, M. AUSSET démontre d'abord l'étendue extrême du fléau, qui tue plus de 160.000 Français tous les ans. Cette extrême mortalité tient à ce que la tuberculose est contagieuse, surtout par le crachat.

Après avoir fourni les preuves sur la curabilité, le conférencier recherche les meilleurs moyens d'obtenir la guérison, et il démontre que c'est au sanatorium que les plus beaux résultats sont obtenus.

Il convient donc de construire partout des sanatoria.

Défilent alors sous les yeux de très belles photographies recueillies dans les divers établissements de l'Allemagne, de la Suisse, de la Norwège, aussi bien dans les sanatoria pour riches que dans ceux édifiés pour les pauvres. Nous constatons alors que nos voisins nous ont bien largement devancé dans cette lutte.

En France, nous n'avons rien encore qui puisse approcher des sanatoria allemands et suisses.

Après avoir montré des vues de Durtol, du Vernet, où sont soignés des phtisiques riches, M. AUSSET nous expose que depuis quelques mois l'élan semble donné dans notre pays en faveur des tuberculeux indigents : à Paris, au Ministère, fonctionne une commission dont M. BROUARDEL est le président, et notre collègue CALMETTE, un des membres. Cette commission travaille avec ardeur et va bientôt indiquer au gouvernement la part qui lui revient dans l'organisation de cette lutte.

A Paris, également, il s'est fondé il y a quelques semaines, sous la présidence du professeur POTAIN, membre de l'Institut, la *Société des sanatoria populaires pour les tuberculeux adultes de Paris*. Cette Société compte parmi ses membres les plus grands noms de la science française.

A Nancy, le professeur SPILLMANN a projeté le sanatorium de Saint-Christophe.

On le voit, la lutte est engagée. Mais il ne faut pas s'endormir, car, lui, l'ennemi, est toujours dans nos murs. La charité a là une belle occasion de s'exercer. N'oublions pas, dit M. AUSSET, que nous sommes au second rang sur la liste de mortalité par tuberculose, et que nous sommes au dernier rang dans cette lutte déjà organisée chez presque tous les peuples de l'Europe.

Le conférencier termine par un éloquent appel à la charité publique.

M. BROUARDEL s'est fait l'interprète de tous en félicitant chaleureusement M. le docteur AUSSET et il a ajouté que, par modestie sans doute, ce dernier n'avait pas dit qu'à son instigation et sous son impulsion, on se préoccupait, à Lille, de constituer un sanatorium dans les environs d'Avesnes.

Après avoir insisté sur le peu d'importance de l'altitude dans le traitement de la tuberculose, M. BROUARDEL a levé la séance au milieu d'unanimes applaudissements.

***

Nous croyons savoir que le Comité de la « Ligue du Nord contre la tuberculose » est à peu près définitivement fondé. Tous les députés et sénateurs du Nord ont accepté de faire partie de ce Comité. La souscription va bientôt être *officiellement* ouverte, et nous ne croyons pas être trop indiscrets en disant que déjà, avant son ouverture, près de 40.000 fr. ont été souscrits.

Il est à désirer vivement que l'œuvre entreprise par M. AUSSET réussisse et que nous ayons bientôt un sanatorium, dans notre contrée, pour les phtisiques nécessiteux.

Nous prions instamment nos confrères de s'associer à cette croisade et de répandre dans tout leur entourage, qu'il n'est que temps de réagir contre le terrible fléau qui devient de jour en jour plus menaçant pour la vitalité de notre pays.

Dans la liste publiée dans les journaux de cette semaine des candidats reçus au concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, nous avons eu le plaisir de relever le nom de M. Le Lorier.

M. Le Lorier, qui obtient le n° 16 après avoir été un des très rares candidats qui ont eu une bonne note d'anatomie, est un ancien élève de notre faculté, dont il a été lauréat de première année.

Nous lui adressons nos meilleures félicitations.

Nomination

Collège de France. — M. le docteur Henneguy, préparateur de la chaire d'embryogénie comparée, est nommé professeur de la dite chaire, en remplacement de M. Balbiani.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés *officiers d'instruction publique :* MM. les docteurs Aubeau, Chatelain, Foveau de Courmelles, Garsaux, de Paris ; Campenon, chirurgien des hôpitaux, Vaillard, professeur au Val-de-Grâce ; Leroy, de Constantine ; Gautrez, de Clermont-Ferrand ; Girard, de Draguignan ; Cohadon, de Vichy ; Grand, vice-président du conseil de préfecture du Nord.

Officiers d'académie : MM. les docteurs Alexandre, Audibert, Boix, Campion, de Paris ; Dumont, de Mons-en-Barœul ; Boutleux, de Béthune ; Canonne d'Anzin ; Delattre, de Roubaix, Dewyn, de Tourcoing.

Nous adressons à nos compatriotes, les docteurs Grand, Dumont, Boutleux, Canonne, Delattre, Dewyn nos bien sincères félicitations.

Mérite agricole. — *Ont été nommés chevaliers* MM. les docteurs Chatelain, Morin, Damain, à Paris ; Géhé, à Toulouse (Haute-Garonne) ; Gimié, à Quarante (Hérault) ; Hommey, Séez (Orne) ; Jean, à Roufflac (Charente-Inférieure) ; Cognacq, médecin des colonies, à Saïgon.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Lapaloque, de Labouheyre (Landes) ; Bovet, de Pougues (Nièvre) ; Gaudemard, de Marseille ; E. Blanchard, professeur au Muséum, Paris ; Gombault, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; Decès, de Reims (Marne) ; Fayau, de Nantes (Loire-Inférieure).

Meyer, professeur de psychiatrie, à Gœttingue.

Benoît Fosse, de Wargnies-le-Petit (Nord). Nous adressons à la famille de notre confrère l'expression de nos bien sincères condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

6me semaine, du 4 au 10 février 1900

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	8
3 mois à un an	2	3
1 an à 2 ans	4	3
2 à 5 ans	1	2
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	13	7
40 à 60 ans	16	9
60 à 80 ans	12	27
80 ans et au-dessus	3	5
Total	56	70

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	3	6	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	6	1	»	1	»	2	»	»	»	»	»	4	14	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	6	1	2	»	»	11	»	»	»	»	»	3	24	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	2	5	»	»	1	»	»	»	»	»	6	18	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	3	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	11	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	5	3	»	»	»	3	»	»	»	»	»	4	16	10
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	8	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	10	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	10	10
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	3	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	5
Total.	»	2	»	»	»	»	»	5	36	12	8	1	»	25	»	»	»	2	»	35	126	116

N° 163. Quatrième Année, N° 8. Le Numéro : 10 centimes. 25 Février 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La Mélancolie aiguë

Par le Dr **P. Kéraval,** médecin directeur de l'Asile d'Armentière

L'étude que nous avons faite antérieurement du mécanisme des sentiments humains (1) nous rend plus facile la tâche que nous avons à remplir.

Cette tâche consiste à décrire les maladies mentales à forme dépressive, celles dans lesquelles, ainsi que nous l'avons déjà indiqué (2), l'activité générale est diminuée, l'état de l'esprit connu sous le nom d'humeur est modifié (3).

Telle est en effet la situation des aliénés mélancoliques. Chez ces malades, par suite d'une adultération particulière, d'ailleurs inconnue, des phénomènes organiques, tout sentiment de plaisir qui devrait être éveillé par une intensité sensorielle faible, très faible même, est, à ce moment déjà, transformé en un sentiment pénible (1).

Procédons à l'analyse méthodique des mots et des choses. On désigne en pathologie mentale, sous le nom de mélancolie, une série d'affections caractérisées par la permanence d'idées noires. Nos pères attribuaient volontiers ces idées noires, tristes, à un vice dans la fabrication de la bile, de là, le mot mélancolie composé de μελαινα χολη. Vomir de la bile noire est en effet en rapport avec un malaise physique et moral des plus pénibles. C'est pour cela que l'expression se faire de la bile, est restée synonyme de se tourmenter moralement. Il est certain que les troubles gastro-intestinaux avec débord de bile altérée ne sont pas rares chez maintes personnes à l'occasion d'événements qui leur sont désagréables. Mais il ne s'en suit pas que la tristesse morbide doive être attribuée à l'action des sécrétions hépatiques, que celles-ci soient l'origine des idées sombres pathologiques.

On a voulu faire mieux plus tard et l'on a créé, dans une intention scientifique, le mot lypémanie, destiné à remplacer celui de mélancolie. Pour être aussi grec que ce dernier, il n'en est pas meilleur. Composé des termes λυπη μανια, il signifie fureur du chagrin et ne s'applique par conséquent point à tous les modes de la mélancolie dont le caractère le plus ordinaire est l'affaissement des individus qui en sont atteints.

On ne saurait, au surplus, se rendre un compte

(1) *Echo médical du Nord*, 1899, nos 44 et 46.
(2) *Echo médical du Nord*, 1897, nos 18 et 21 ; 1898, no 33.
(3) *Echo médical du Nord*, 1899, nos 44 et 46.

(1) *Echo médical du Nord*, 1899, no 44, p. 518.

exact de la constitution de cette maladie, qu'en en décrivant patiemment toutes les formes. C'est ce que nous allons faire.

Nous commencerons par le type de la mélancolie, par la mélancolie aiguë (1).

On désigne sous le nom de mélancolie aiguë ou mélancolie typique, un délire triste et dépressif pouvant aller jusqu'à la stupeur.

Cette définition de MARCÉ a été fort heureusement perfectionnée par M. RÉGIS. C'est, dit-il, une concentration délirante de l'esprit sur des idées tristes, concentration qui s'accompagne d'une réaction douloureuse de l'organisme.

Le Moi subit une impression mentale anormale de peine, de chagrin, dont il ne réussit pas à s'affranchir.

L'imprégnation anormale de l'esprit par des sentiments tristes aurait, d'après les vieux auteurs, sa raison d'être dans l'organisation première du terrain mental. La mélancolie aiguë surviendrait principalement chez les individus d'un caractère timide, réservé, timoré, scrupuleux.

Il paraît réellement démontré par la statistique de PLANÈS, qui a eu la patience de collationner les cas relevés au dépôt de la Préfecture de Police de Paris pendant de nombreuses années, que cette maladie est bien plus fréquente chez la femme. Elle atteindrait presque deux femmes pour un homme.

L'hérédité y joue un grand rôle, comme dans toutes les maladies mentales. Puis interviennent les émotions violentes, les chagrins, les fatigues, l'état puerpéral, les affections viscérales, en un mot toutes les causes débilitantes et déprimantes. Enfin il y a lieu de mentionner l'action des auto-intoxications gastro-intestinales.

Symptomatologie. — La mélancolie aiguë comprend trois périodes : une période d'invasion, une période d'état, une période de terminaison.

Première période : PÉRIODE D'INVASION. — C'est une période plus lente que la période correspondante de la Manie aiguë (2). On y note : l'embarras gastrique, les troubles gastro-intestinaux, la dyspepsie. Cette constatation explique la plupart des développements que nous venons de donner, tant à l'égard des définitions, des termes, que de la théorie, toute moderne, des auto-intoxications. Mais elle n'explique pas pourquoi la mélancolie aiguë n'apparaît pas chez tous ceux qui sont en proie aux dites perturbations. Elle n'explique pas pourquoi chez ceux qui sont affectés de troubles digestifs et qui vont être atteints de mélancolie, il existe successivement : un malaise général bien plus intense que le malaise général propre aux troubles gastriques; un abattement extrême ; une insurmontable tristesse ; une insommie des plus gênantes; du dégoût de tout ; de l'anxiété.

Déjà ces patients sont hantés par des idées fixes.

Ils sont préoccupés outre mesure de leur santé ; ils craignent, sans motifs plausibles, pour leur position de fortune, pour leurs affaires ; ils ont des scrupules ridicules relatifs à leur conduite. L'inquiétude démesurée, qui est la compagne de leurs tourments imaginaires, n'est nullement justifiée par leur état physique, par leur situation, par leurs actions. Le plus souvent le malade dissimule ou atténue ces idées fixes de sorte qu'il arrive fréquemment que c'est une tentative de suicide qui en révèle l'existence au médecin et aux parents : on croyait à une indisposition simple ; on découvre un accès de folie.

Seconde période : PÉRIODE D'ÉTAT. — Cette période est formée de l'aggravation progressive des symptômes de la période d'invasion.

L'esprit du mélancolique se concentre malgré lui sur les idées fixes limitées. Il les médite constamment. Cette méditation pénible développe une douleur morale angoissante (*animi angor*), malgré laquelle néanmoins le sujet conserve encore sa parfaite lucidité.

Mais il ne tarde pas à *délirer*. Cette fois, c'est la ruine qui est, croit-il, imminente ou consommée ; il est réduit à l'impuissance, il n'a plus de santé. Et le voilà qui se met à broder sur sa damnation éternelle ; il éprouve des appréhensions vagues de persécutions dirigées contre lui, il se demande si on ne l'empoisonne point, s'il n'est pas déshonoré, coupable, criminel.

Bientôt il se dira couvert de honte, responsable d'impardonnables forfaits, condamné à de terribles supplices, à la mort. Ou bien, ce seront des cas de conscience de toute espèce, sociaux, religieux, sur lesquels s'exercera sa rumination psychique, pour ainsi dire ; à l'égal des casuistes, il tournera et retournera toutes les éventualités possibles de couleurs les plus sombres.

A l'encontre des Celtes, qui ne craignaient qu'une chose : « que le Ciel ne leur tombât sur la tête », le mélancolique redoute la moindre réprobation, le plus

(1) *Echo médical du Nord*, 1898, n° 33.
(2) *Echo Médical du Nord*, 1898, n° 42.

futile événement, une paille en croix. Il a peur de quoi que ce soit, n'ose plus remuer, se voit mourant, en prison, entouré de geôliers, de bourreaux. Et il pense que réellement il est fautif, digne des tourments qu'il subit, ce qui le distingue nettement du persécuté qui, lui, se plaint d'indignes complots dont il a le devoir de tirer vengeance.

Aussi parle-t-il à peine, murmurant tout juste ce qu'il veut ou croit devoir dire, d'une voix dolente, sourde et lente ; il se plaint, gémit, ou, au contraire, conserve un complet mutisme, n'écrivant guère ou n'écrivant pas.

Cette image de la terreur, de l'affliction, dont nous ne pouvons naturellement tracer que la description générale, comporte des variantes. Elles ressortissent à chaque cas particulier. Le tableau d'ensemble représente l'inverse de celui du maniaque, ce dernier tout en dehors, alors que le mélancolique est et demeure renfermé en soi.

Les *hallucinations* sont à peu près constantes dans la mélancolie aiguë. Elles portent sur tous les sens mais principalement sur l'ouïe. Voix accusatrices qui reprochent ou menacent ; fantômes de morts ; apparitions de personnages célestes ; scènes dramatiques ou terrifiantes ; visions de l'enfer, de flammes ; émanations pénétrantes de mauvaises odeurs ; voilà pour la généralité des faits. Mais ce n'est pas tout. D'aucuns affirment qu'on leur fait manger de la chair humaine : ici apparaît la création fantastique d'une saveur dont la réalité est inconnue, probablement comparable à celle d'une viande corrompue, mais au sujet de laquelle il n'est pas possible d'obtenir du malade la véritable caractéristique ; il en est de même à l'égard de certains poisons qu'il flaire, goûte où perçoit dans toutes les parties de son économie. D'autres insistent sur la mauvaise odeur qu'exhale leur propre corps ; ils sentent, disent-ils, mauvais ; ils sont pourris. Enfin à cet appareil séméiologique s'ajoutent parfois des *illusions internes*, génitales ou intestinales ; on leur travaille les organes sexuels, on leur actionne les organes du ventre, c'est le diable, le Christ, un ange, un animal qui ont pénétré dans l'abdomen, etc. etc.

Il va de soi que l'*humeur*, l'affectivité passionnelle soit en rapport avec un pareil état d'âme. Tantôt apathique, indifférent à tout et à tous, tantôt plein d'aversion pour ses proches et de suspicion pour l'entourage, tantôt exalté par excès d'émotion parce qu'il craint, par exemple, pour ceux qu'il aime, le mélancolique est, en tous cas, le plus habituellement, dépourvu de réaction, et ses instincts sont, pour la plupart, émoussés.

Comment se comporte-t-il ?

Sous l'influence de cette sentimentalité déprimante, il est capable de commettre certains *actes*, qui intéressent, avant tout, au plus haut point, le médecin chargé de le surveiller.

Nous voulons notamment parler du *refus d'aliments*, et de la *tendance au suicide*. Ces actes, qui menacent directement la vie de l'aliéné, sont d'autant plus importants qu'ils paraissent, au point de vue mental, être des inconséquences. On inclinerait à penser qu'à la place du mélancolique, on essaierait, en se soignant, de se guérir, de se débarrasser des maux qui vous étreignent, tandis que lui refuse de se nourrir, ou tente de se tuer, pour échapper à la mort dont il a peur. On ne peut, à priori, se défendre de le comparer au Gribouille du conte d'Enfants de la Bibliothèque Rose, qui, voyant qu'il pleut, se plonge dans l'eau de la rivière, afin d'éviter de se mouiller. Or, nous avons déjà exposé le mécanisme psychologique des actes de ce genre exécutés par les aliénés mélancoliques (1).

Ils refusent, au fond, de manger, soit parce qu'ils sont préoccupés à l'excès de leur prétendue ruine, de leur déshonneur imaginaire, soit parce qu'ils se croient incapables de payer leurs aliments, ou par pénitence, par indignité. Ils refusent encore de manger parce qu'ils n'ont pas d'appétit et vraiment la continuité de leurs troubles gastro-intestinaux entraîne de l'inappétence. Ils refusent aussi de manger, à raison de l'extrême acuité de leur délire qui, de même que celui du maniaque, ne leur laisse pas le temps de manger.

Et, au demeurant, cette *sitiophobie* n'est pas toujours, tant s'en faut, intimement machinée, réellement voulue par l'aliéné, elle est souvent plus superficielle que délibérée. Ce n'est pas invariablement pour se laisser mourir de faim, ou pour en finir avec la vie, qu'il ne mange pas. Ce n'est pas un refus d'aliments analogue à celui de l'exalté qui se croit une divinité, un pur esprit, ce n'est pas un refus obstiné invincible. C'est le plus ordinairement un refus *inerte, passif*, sans consistance, et l'on réussit généralement à le faire manger comme on fait manger un enfant récalcitrant. Dans les cas graves, on est cependant obligé de recou-

(1) *Echo médical du Nord*, 1899, n° 46, p. 548.

rir à l'alimentation artificielle pour parer au plus pressé, quelle que soit l'origine physiologique ou mentale de l'inanitiation.

Les mêmes réflexions s'appliquent à la *tendance au suicide*. Elle est sans doute fréquemment accusée, mais elle est également souvent indécise, inerte. C'est plutôt un *tædium vitæ* sans effort. Et les tentatives de suicide du mélancolique aigu avortent, à cause de cela, en général, à raison, précisément, du manque d'initiative et de décision dont il fait preuve.

Mais il peut arriver, par contre, que les phénomènes psycho-physiologiques auxquels nous faisions allusion plus haut (1) poussent le malade à se tuer impulsivement. En ce cas il commet brutalement un acte énergique ; brusquement, comme s'il était brusquement emporté par une force irrésistible, il se tue n'importe comment, avant qu'on ait pu intervenir. On dit alors qu'il s'est produit un *raptus mélancolique*. Nous nous souvenons d'un emportement de ce genre, exécuté il y a dix-sept ans à l'asile Saint-Yon, par une mélancolique fort hallucinée. Pour échapper aux visions effrayantes qui la torturaient, cette dame s'arrachait brutalement un œil de l'orbite et le jetait à terre, sans autre instrument que ses doigts, en présence du personnel de surveillance qui ne quittait pas son lit. L'œil entier, y compris deux centimètres de nerf optique gisait sous le lit voisin, il s'en fallut de peu que l'autre œil ne fût simultanément extirpé par elle. Déjà, avant d'arriver à l'établissement, elle s'était, dans les mêmes conditions, enfoncé dans le ventre un morceau de compas qui y était encore.

Voilà des actes qu'il faut conserver dans sa mémoire. La profonde douleur morale qui travaille le mélancolique se traduit donc de deux manières dans sa conduite et son *attitude*.

Quand elle revêt un *aspect dépressif*, le mélancolique est le type de la désolation ; inerte, affaibli, amaigri, blafard, le regard morne et éteint, la peau ridée, la bouche contractée, il reste comme congelé, dans une immobilité passive ; l'activité motrice est presque suspendue. Il ne sort de cette inertie que de temps en temps pour se livrer, sous l'influence de raptus vigoureux, à des violences automatiques, dirigées presque toujours contre sa personne.

D'autres fois, l'apparence est celle de l'*exaltation*. On a alors devant soi un individu inquiet dont la physionomie, tourmentée, cherche tout autour de lui, d'un regard brillant, anxieux, ou terrorisé ; ou bien, il pleure, crie, gémit, pousse des plaintes incessantes et exécute des gestes ou des actes saccadés, mécaniques. C'est alors un actif qui se déshabille, déchire ses vêtements, et pratique, au besoin, sur sa personne, des mutilations. Nous avons, au cours de ces deux dernières années, reçu à l'asile d'Armentières deux hommes de ce dernier genre. L'un s'était délibérément brûlé les mains dans son fourneau pour obéir aux ordres de la Divinité. L'autre s'était, pour le même motif, coupé la verge au moyen de ses ciseaux de tailleur.

L'*examen des fonctions* décèle ce qui suit. La sensibilité, obtuse, est quelquefois nulle. Les sens spéciaux témoignent d'une paresse notable. Le sommeil est douloureux, troublé, pénible, entrecoupé par des cauchemars. La respiration, lente, est, en outre, incomplète ; aussi l'hématose est-elle imparfaite, et se produit-il, dans tous les points du corps, des congestions passives. Le cœur n'a pas de vigueur ; les mouvements en sont peu actifs ; le pouls bat de 100 à 120 fois ou de 35 à 40 fois par minute. La température de l'économie s'abaisse, surtout à la périphérie, de 3° à 4°, il y a cyanose des extrémités, du nez, des oreilles, des mains, souvent aussi de l'œdème.

Joignons à ce tableau l'état saburral, la dyspepsie avec hyperclorhydrie, flatulence et constipation qui, parfois, entraînent la sitiophobie déjà décrite, et, avec elle, ou sans elle, l'émaciation. L'haleine est forte, mauvaise, acide, les sécrétions sont diminuées, l'activité génésique amoindrie.

Troisième période : PÉRIODE DE TERMINAISON. — La mélancolie aiguë se termine par la guérison, la mort, ou le passage à l'état chronique.

A. GUÉRISON. — Il est juste de dire que cette maladie guérit le plus habituellement. En ce cas, l'activité physique revient progressivement, le sommeil se rétablit, les conceptions délirantes disparaissent graduellement et il reste quelque obtusion intellectuelle, accompagnée d'un peu de dépression ; celle-ci finit par s'évanouir à son tour.

B. MORT. — La mort est assez fréquente, surtout chez les malades débilités. Ils s'affaiblissent peu à peu, par suite de l'inanition et de la déchéance matérielle ; ils tombent dans le marasme. Ils peuvent encore succomber à des complications viscérales, telles que la diarrhée et la congestion pulmonaire, d'origine purement nerveuse.

(1) *Echo Médical du Nord*, 1899, n° 46, p. 548.

Le suicide peut réussir et supprimer d'un seul coup le mélancolique. Il est du reste plus que tout autre accessible à des complications accidentelles, surtout pendant la saison froide, qui l'emportent.

C. La mélancolie aiguë est susceptible en dernier ressort de devenir *chronique* ; mais cette transformation est plus rare que pour la manie ; alors la dépression devient subaiguë. Les hallucinations s'installent en permanence et la santé générale se rétablit en tout ou en partie.

Variétés symptomatiques. — Le tableau nosographique que nous venons de tracer de la mélancolie aiguë peut s'orienter de façons multiples qui donnent à chaque espèce considérée une nuance spéciale. Ainsi s'expliquent les dénominations que l'on rencontre dans les livres ou dans les observations individuelles. Elles n'ont au point de vue pathologique pas du tout d'importance parce qu'elles ne caractérisent chacune qu'une forme en rapport avec le texte du délire. Mais elles sont descriptives; elles indiquent l'état dans lequel on a trouvé tel ou tel malade au moment où on l'a examiné, ou bien l'état dans lequel il s'est le plus habituellement trouvé dans le cours de l'observation considérée. C'est ainsi qu'on a décrit : une mélancolie religieuse — une mélancolie démoniaque — une mélancolie hypochondriaque — une mélancolie suicide — une mélancolie dépressive — une mélancolie anxieuse — une mélancolie gémisseuse — une mélancolie panophobique. — Notre description générale embrasse le tour des divers accidents morbides indiqués par ces épithètes, leur enchaînement, leur cause intime.

Marche de la maladie. — La marche de la mélancolie aiguë, d'ordinaire régulière, comme l'est celle de la manie aiguë, est cependant sujette à des oscillations dont la fréquence est variable et dont l'intensité ou la forme change. Dans son ensemble, cette maladie dure au moins quatre mois, et, en moyenne, de six à douze mois.

Anatomie pathologique. — Existe-t-il des lésions en rapport constant avec la mélancolie aiguë ? On a dit qu'elle tenait à une ischémie des diverses régions du cerveau. Mairet pense qu'il existe une mélancolie due à une inflammation de la base de cet organe, mais qu'elle est alors caractéristique de la paralysie générale à forme mélancolique. Certains ont affirmé que la mélancolie aiguë, non paralytique, provient d'altérations des viscères abdominaux. Tout autant de questions encore pendantes, tant en ce qui concerne la mélancolie aiguë purement fonctionnelle, qu'en ce qui a trait à la mélancolie aiguë d'emblée marastique, paralytique, etc.....

Pronostic. — Nous croyons qu'il est encore légitime d'affirmer qu'un accès aigu simple a un pronostic aussi favorable que celui de la manie aiguë simple. Si l'on a affaire à une mélancolie aiguë symptomatique, c'est le pronostic de la maladie génératrice qui est en jeu.

L'aggravation de la mélancolie de par l'automne et l'hiver tient à la rigueur de la saison ; les saisons rigoureuses, et, au premier rang, les changements de température, sont fatals aux malades dont l'activité physiologique est restreinte. *Mutatis mutandis*, un printemps doux et régulier, en relevant la nutrition générale, sera favorable aux mêmes malades. C'est pour cela qu'on a judicieusement formulé que la mélancolie aiguë est particulièrement apte à guérir en cette saison-là.

Le refus d'aliments et la tendance au suicide assombrissent le pronostic ; ceci n'a pas besoin de commentaires.

Diagnostic. — La pratique enseigne que c'est pour une fièvre typhoïde qu'en impose de préférence la mélancolie aiguë, surtout à son début, alors qu'il existe une exagération de la fréquence du pouls, et un état saburral. On se guidera sur la température et sa marche.

Le diagnostic psychopatique est un peu plus épineux. Il est fort important de distinguer de la folie systématisée progressive, certaines formes de mélancolie aiguë. Il est en effet des mélancoliques chez lesquels les idées de persécution sont très développées ; on doit se demander, s'il s'agit, malgré l'acuité des symptômes, d'une mélancolie avec idées de persécutions, ou d'un délire des persécutions. Dans le premier cas, le malade est un mélancolique ; il n'y a pas à craindre qu'il ne poursuive ses persécuteurs. Dans le second cas c'est un persécuté pouvant devenir dangereux pour ceux qu'il accuse de le persécuter, en vertu même de l'intensité des phénomènes. Eh bien ! s'il existe de la dépression générale, si le délire n'a pas de fixité, s'il y a des hallucinations multiples, si l'on constate la tendance au suicide, un caractère humble et contrit, on est en présence d'un mélancolique.

Ce qu'il importe encore de savoir, c'est si la mélan-

colie est bien aiguë et simple, ou si elle est d'origine alcoolique, si elle tient à une paralysie générale, si elle est strictement en rapport avec une affection viscérale. On recherchera les signes physiques de ces diverses maladies.

Traitement. — Les voyages, l'hydrothérapie, l'électricité, la thérapeutique de l'auto-intoxication ont été préconisés contre la mélancolie aiguë, au moins contre la mélancolie aiguë au début.

En réalité on est bientôt obligé d'interner le patient. Il est, dans ces conditions, néanmoins préférable à tout d'instituer une médication viscérale ; l'hydrotérapie sous toutes ses formes ; une alimentation tonique et réparatrice, au besoin, au moyen de la sonde œsophagienne qui devient, au surplus, indispensable lorsque le malade refuse de manger ; l'injection hypodermique de chlorure de sodium ; l'emploi de quelques médicaments sédatifs et hypnotiques ; le repos continu au lit ; les agents thérapeutiques reconstituants ; le nettoyage de l'estomac ; tels en sont les éléments cardinaux.

On surveillera avec un soin jaloux les complications organiques.

Notes sur un cas de mérycisme

Par M. L. **Duvivier**, Interne des Hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Combemale, à l'hôpital de la Charité, un jeune garçon atteint de *mérycisme*, c'est-à-dire de cette affection bizarre qui consiste dans la régurgitation, après un temps variable, des aliments ingérés, qui, soumis à une nouvelle mastication, sont déglutis de nouveau. C'est une sorte de *rumination*, analogue à celle de certains animaux.

C'est une affection assez rare et le nombre des observations n'est pas encore très considérable. Elle a été décrite pour la première fois par Fabrice d'Aquapendente, en 1618, qui en observa deux cas. Peyer, en 1685, arrivait à en rassembler une douzaine de cas. Dans notre siècle, Percy, Laurent, Cambay, Blanchard, Gosse, Montègre, mérycoles eux-mêmes donnent leurs observations détaillées. Enfin, en 1884, Bourneville et Seglas arrivent à en réunir quarante-deux cas et Bouchaud en recueillait dix-huit observations chez les aliénés. Citons encore les cas de Weiling, Drumer, Rossbach, Poensgen, Koerner, Johannesen, Alt, Jurgensen, Boas, Deckel, enfin ceux de Hayem, Linossier et Lemoine (*Revue de médecine* 1893).

Voici l'observation de ce malade :

Jérome R..., âgé de 16 ans 1/2, exerçant la profession de peintre, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Combemale (salle Sainte-Catherine n° 1), envoyé par un médecin de la ville, avec le diagnostic de scarlatine.

Antécédents héréditaires. — Le père de notre malade est mort à 31 ans, probablement de bronchite bacillaire ; sa mère, âgée de 38 ans, est assez bien portante, cependant elle se plaint parfois de maux d'estomac, accompagnés de dyspepsie, elle a également des crises nerveuses à la moindre émotion, mais elle ne perd jamais connaissance.

Un de ses oncles maternels, âgé de 25 ans, a des crises nerveuses, il perd souvent connaissance, il pousse un cri avant de tomber et s'est plusieurs fois blessé dans des chutes.

Un autre oncle maternel, âgé de 39 ans, devenu fou, a dû être interné et s'est laissé mourir de faim.

Un oncle et une tante paternels sont morts de bronchite chronique.

Les enfants ont largement hérité de cette diathèse névropathique et ses deux frères, un peu plus jeunes que lui, ont eu des terreurs nocturnes étant enfants, ont uriné au lit jusqu'à un âge assez avancé (8 à 9 ans) et l'un d'eux a eu des crises nerveuses, de l'hystérie dit notre malade, que l'on a traitées par l'hydrothérapie.

Jérôme R.. a uriné longtemps au lit également, jusqu'à l'âge de 6 ans, et étant en pension vers l'âge de 13 ans, il a eu plusieurs attaques de somnambulisme, il se levait la nuit, s'habillait, allait se promener, puis revenait se coucher ; il n'a jamais eu aucune maladie dans l'enfance et il se porte toujours assez bien.

La maladie pour laquelle il est rentré à l'hôpital est des plus banales. La céphalée, l'angine, la perte d'appétit et la fièvre forcèrent notre malade à se mettre au lit ; quelques jours après apparaissait l'éruption caractéristique de la scarlatine. Il rentre alors à l'hôpital, le 30 novembre 1899 ; quelques jours après commence la desquamation. la fièvre tombe et tout rentre dans l'ordre.

C'est alors que le malade, commençant à manger (on l'avait naturellement soumis au régime lacté) nous fait remarquer que depuis longtemps déjà il a, après le repas, des régurgitations alimentaires.

C'est cette affection que nous allons maintenant étudier en détail :

Jérôme R .. ne peut nous dire exactement à quel moment remonte le début de son affection. Ce qu'il peut nous affirmer c'est qu'il y a trois ans, sa mère ayant remarqué que les aliments ingérés *revenaient* après le repas avait été trouver un médecin. Depuis cette époque, notre mérycole *rumine* tous les jours et après chaque repas ; cet acte n'a d'ailleurs rien de régulier et c'est tantôt une demi-heure, tantôt seulement deux heures après chaque repas que les aliments sont régurgités, et cela varie suivant que ces derniers ont été ingérés plus ou moins vite, et que par consé-

quent ils ont subi une mastication plus ou moins complète; cela varie également avec la quantité, la qualité des aliments, suivant qu'ils sont liquides ou solides, qu'ils plaisent ou ne plaisent pas.

C'est ainsi que notre malade, travaillant assez loin de son domicile, n'avait que très peu de temps pour dîner (à peine vingt minutes), aussi c'était généralement une demi-heure après le repas qu'il commençait à régurgiter les aliments ingérés. Ici, à l'hôpital, où notre mérycole peut prendre son temps pour mastiquer convenablement ses aliments, ces régurgitations ne surviennent que deux heures et parfois deux heures et demie et trois heures après le repas.

La quantité également est un grand facteur dans l'acte de la rumination; plus le malade mange et plus vite se font les régurgitations, ces dernières sont également beaucoup plus abondantes.

Généralement c'est la viande qui est le plus facilement régurgitée, ainsi que les matières albuminoïdes, les œufs, les pois, etc., cependant la soupe au lait, les panades, les légumes reviennent également. Parfois, après un repas formé d'aliments variés, c'est la viande seule, insuffisamment mâchée, qui revient.

Les liquides, la bière, le vin, le lait, l'eau sont habituellement conservés, mais notre mérycole raconte que pendant les grandes chaleurs de l'été, l'eau qu'il buvait en grande quantité était quelquefois régurgitée avec un goût tellement désagréable qu'il était obligé de la rejeter.

Ordinairement, quand les aliments reviennent dans la bouche, ils ont à peu près le même goût que lorsqu'ils ont été ingérés, ils sont seulement, au dire du malade, un peu plus fades; ils n'ont pas du tout de goût aigre, ils n'agacent nullement les dents et le malade les remâche avec assez de plaisir. Mais certains aliments assaisonnés de vinaigre, comme la salade par exemple, ont un goût acide désagréable, au point que notre malade est obligé de les rejeter. Il en est de même très souvent de certaines charcuteries.

Telle est l'histoire de cette affection bizarre. Notre malade se porte d'ailleurs généralement bien et la seconde partie de son appareil digestif fonctionne bien. Pas de diarrhée, pas de constipation. Aucune douleur au niveau de l'estomac, et la palpation et la percussion ne nous indiquent aucune dilatation de cet organe. Un repas d'épreuve, composé d'une tasse de thé et d'une miche de pain, fut donné à notre malade et l'analyse nous donne les résultats suivants :

$$A = 1,8980$$

Pas d'acide chlorhydrique libre, pas d'acide butyrique, pas d'acide acétique décelables par les divers réactifs de Günsburg et d'Uffelman.

Au point de vue du système nerveux, Jérôme R .. est un garçon très intelligent et un névropathe; chaque fois que nous l'examinons ou que nous l'interrogeons, une sueur profuse se répand sur tout son corps et principalement à la face et aux mains.

Il ne perd jamais connaissance, n'a jamais de crises nerveuses d'aucune sorte et s'il a le point occipital, les points costaux et l'abolition du réflexe pharyngé, il n'a pas de zones d'anesthésie ni d'hyperesthésie, pas de rétrécissement du champ visuel, ni auditif.

Quant au mécanisme des régurgitations il est identique à celui du vomissement. Inspiration forte, refoulant le diaphragme, contraction des muscles abdominaux, rejet des aliments par le cardia entr'ouvert. Ces contractions sont plus ou moins fortes, et tantôt les aliments remontent doucement par l'œsophage (le malade peut même aider à leur progression dans certains cas), tantôt ils sont projetés vigoureusement contre les arcades dentaires et quelquefois même hors de la bouche.

Plusieurs points intéressants sont à noter dans cette observation.

1° Les antécédents névropathiques héréditaires de notre malade. Une mère hystérique, un oncle maternel épileptique, un autre aliéné, deux jeunes frères névropathes.

2° Lui même est un nerveux (somnambulisme, émotivité, quelques signes d'hystérie).

3° L'analyse du suc gastrique n'a rien révélé d'anormal, ce qui fait immédiatement rejeter toute lésion gastrique, toute dyspepsie, comme pouvant être cause de ce mérycisme.

4° Enfin nous voyons que le mécanisme de ces régurgitations est presque identique à celui du vomissement.

Mais quel *traitement* instituer contre cette affection? Etant donné que plus le malade mange doucement et mastique suffisamment ses aliments, moins abondantes sont les régurgitations, il est bien évident que la première indication est de lui recommander de prendre son temps pour le repas et de mâcher le plus complètement possible ses aliments.

D'autre part, il conviendra de faire un choix parmi les aliments et de rejeter ceux qui sont facilement régurgités.

Enfin, comme il est à supposer que cette affection est d'origine nerveuse, le traitement de la névrose peut être indiqué (hydrothérapie, drap mouillé, etc.)

Mais c'est une affection excessivement rebelle et il y a bien peu de cas où l'on soit arrivé à l'enrayer tout-à-fait. Cependant Jurgensen a eu un succès par le *gavage*.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des sciences. — M. Guillon. Il se forme dans le corps humain des rayons X secondaires qui rendent moins nettes les épreuves radiographiques.

Académie de médecine. — M. VALLIN insiste sur l'augmentation des décès dus à la rougeole, et sur la nécessité d'une désinfection sérieuse après chaque cas d'infection rubéolique.

Société de Chirurgie. — M. ROUTIER trouve qu'il est inutile de créer de trop grandes distinctions entre les appendicites et les paraappendicites, à l'heure où l'on commence à peine à éclaircir cette question si obscure de l'appendicite.

Société médicale des Hôpitaux. — M. PAPILLON a observé des lésions rénales et hépatiques chez un malade mort après ingestion de foie gras avarié.

Société de Biologie. — M. RENON a trouvé des kystes hydatiques multiloculaires du poumon et de la plèvre chez un Français.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Février 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Rupture sous-cutanée du biceps brachial

M. Le Fort présente un homme de trente ans, qui subit, en réparant un ascenseur, il y a douze jours, un violent traumatisme du membre supérieur gauche, ayant porté de bas en haut, du poignet à l'épaule. Immédiatement après l'accident, on aperçoit au niveau de la partie supérieure du bras, sur la face antérieure, dans la région du biceps, une tumeur assez volumineuse, sur laquelle on place des compresses résolutives. A son arrivée M. LE FORT constate que la tumeur s'est déplacée en diminuant de volume. Elle siège alors à la partie moyenne et antérieure du bras, mobile latéralement et de haut en bas, diminuant de plus en plus de volume en la faisant mouvoir de haut en bas, au point de disparaître complètement. Il est évident que la tumeur est constituée par une portion du muscle biceps que le traumatisme a détaché de son insertion tendineuse inférieure. Le malade pouvait toutefois fléchir un peu son avant-bras sur le bras; les battements de la radiale étaient normaux, de même il n'y avait pas de troubles notables de la sensibilité.

M. LE FORT fléchit l'avant-bras sur le bras, fit la compression sur la région brachiale et immobilisa le membre dans cette position. Actuellement il semble que la portion détachée commence à reprendre ses connexions inférieures, on note toutefois une légère dépression en gouttière, indiquant la limite inférieure de la portion détachée.

M. LE FORT n'a trouvé dans toute la littérature médicale qu'une observation de rupture sous-cutanée du biceps due à REVERDIN. Dans ce cas le traumatisme avait porté de haut en bas, de plus REVERDIN constata ultérieurement l'atrophie de la portion détachée. Il ne croit pas qu'une telle résorption soit à craindre dans le cas actuel, car le muscle a repris sa place très rapidement.

M. Vanverts redoute que la portion du muscle détachée ne revienne pas à ses insertions et que, par suite, la fonction du membre ne soit compromise. Il préférerait faire la suture des fragments.

M. Moty ne croit pas la suture nécessaire. Il a pu observer un cas analogue à la suite d'un accident de voiture survenu à un médecin militaire; trois muscles épicondyliens s'étaient séparés de leurs tendons et avaient fait hernie au dehors. M. MOTY put leur faire réintégrer leurs gaînes aponévrotiques réciproques et il constata que peu à peu ces muscles récupérèrent leurs fonctions, au point que ce médecin militaire a été maintenu en activité.

M. Le Fort, répondant à MM. VANVERTS et MOTY, donne les raisons de l'insuccès de REVERDIN : 1° Il ne vit son malade que trois jours après l'accident et le muscle s'était déjà rétracté, ayant pris de nouvelles connexions, qu'il détruisit pour le remettre en place ; 2° le fragment musculaire avait été détaché de haut en bas, amenant ainsi une destruction des connexions nerveuses et vasculaires. Mais lorsque les rapports normaux ont été rétablis de suite, lorsque l'avulsion a été faite de bas en haut, on peut espérer la guérison complète.

Castration pour cure radiale de grosse hernie.

M. Moty présente un malade de cinquante-sept ans qu'il a opéré pour une volumineuse hernie datant de dix-neuf ans, à peu près réductible, laissant un orifice inguinal très dilaté, du diamètre d'une pièce de cinq francs et distendant énormément le scrotum, au point de faire disparaître complètement le pénis. Dans une première intervention à la cocaïne, M. MOTY incise les téguments, fait réintégrer l'abdomen à l'intestin, ferme l'orifice inguinal en laissant le sac. Réunion par première intention. Peu après le sac se remplit de liquide, distendant la paroi au point de

faire croire à une récidive. Nouvelle intervention. Anesthésie au chloroforme, ablation du sac, castration. Par cette nouvelle intervention, M. MOTY avait complètement supprimé toute cause de récidive ; le canal inguinal étant ainsi complètement supprimé.

M. Mariau demande pourquoi M. MOTY n'a pas laissé le testicule, la section du cordon n'entraînant pas forcément l'atrophie de la glande, qui se nourrit par des anastomoses vasculaires, avec les vaisseaux des tuniques testiculaires.

M. Lambret cite en réponse à M. MOTY qui met en doute la possibilité de la conservation du testicule, différents opérés sur lesquels on a sectionné complètement le cordon sans toucher au testicule. En tout cas il trouve inutile de faire la castration. proposant de rejeter dans l'abdomen cordon et testicule et de fermer par dessus l'orifice inguinal.

M. Le Fort fait remarquer que cette dernière opération peut avoir des suites fâcheuses dans la période active de la vie génitale, à cause des complications péritonéales pouvant survenir à la suite d'une orchite, par exemple.

Tumeur fibreuse probablement développée dans des ganglions inguinaux.

M. Lambret présente une tumeur très intéressante au point de vue histologique enlevée chez une femme de 30 ans. Cette tumeur avait commencé à évoluer à l'âge de treize ans, c'était alors un petit ganglion indolent, mobile, roulant sous le doigt, continuant à grossir avec l'âge ; depuis peu elle s'était développée un peu plus rapidement. Cette femme n'avait jamais été gênée par sa tumeur : elle était mariée, avait eu des grossesses et des accouchements normaux. La palpation décelait une néoplasie couverte de nodosités, développée dans le pli de l'aine et le triangle de Scarpa, envoyant un prolongement vers l'arcade crurale. L'ablation fut faite. La tumeur encapsulée fut décortiquée assez facilement. Toutefois le nerf saphène dut être enlevé en avant; en arrière il fallut la disséquer, car elle était adhérente à l'artère fémorale. Les parois de l'artère étaient épaissies, ses battements étant bien faibles. Pas de suites opératoires.

La coque enveloppante était très épaisse, blanchâtre, presque nacrée, beaucoup plus épaisse sur la pièce fraîche qu'actuellement, infiltrée, œdématiée ; à la coupe, il s'écoula une grande quantité de liquide gélatineux colloïde, permettant de penser à un myxôme. Mais au microscope, on ne voit que du tissu fibreux, sans aucune trace de tissu adénoïde. M. CURTIS qui a examiné la tumeur, ne peut se prononcer sur la nature exacte. Il explique l'infiltration énorme par une accumulation de lymphe, devant un obstacle infranchissable à son cours : M. CURTIS ne connaît pas dans la littérature médicale de faits analogues.

Sur un cas d'angine chancriforme

M. Mariau montre une préparation microscopique d'un exsudat pulpeux enlevé sur une amygdale ulcérée, et rapporte l'histoire clinique de ce cas : L'amygdale gauche était seule ulcérée, recouverte d'une matière pulpeuse, grisâtre, simulant complètement le chancre syphilitique de l'amygdale, et ne s'en différenciant que par l'évolution et les caractères microscopiques : pas de retentissement sur l'état général, lésion unilatérale, ganglion satellite de l'ulcération, induration de l'amygdale.

M. MARIAU rappelle que cette angine est désignée sous la dénomination d'angine de VINCENT, d'angine à bacilles fusiformes et spirilles, et d'angine chancriforme. Il préfère cette dernière dénomination, la trouvant plus précise.

M. MARIAU a déjà observé un cas analogue et a constaté au microscope de gros bacilles très nombreux, très différents du bacille de LŒFFLER, prenant le Gram et dans le fond de la préparation une grande quantité de spirilles très fines. Dans le cas actuel, il trouva les mêmes caractères microscopiques. De plus, il prit un peu d'exsudat dentaire et l'examinant au microscope, il y trouva également la même association microbienne en telle quantité, que « je ne serais pas étonné que ce soit un saprophyte habituel de la bouche, s'étant localisé sur l'amygdale et ayant amené l'ulcération des tissus. »

M. Looten a observé une forme d'angine qui, bien que très différente de celle décrite par M. MARIAU, lui a paru rebelle à toute thérapeutique. Dans les trois cas observés, les symptômes ont été identiques, caractérisés surtout par une incrustation d'aspect cartilagineux de l'amygdale, s'étant manifesté une fois entr'autres chez un tuberculeux. L'examen microscopique, fait à l'institut PASTEUR, décéla le pneumocoque. Malgré les différents topiques employés, l'exsudat ne disparut pas. Ce n'est que trois semaines après la cessation de tout traitement, qu'ayant revu par hasard l'un des malades, M. LOOTEN put constater la résorption spontanée du dépôt cartilaginoïde.

M. Mariau a observé un cas analogue ; chez un malade on avait également trouvé du pneumocoque ; depuis le malade est mort de tuberculose, aussi M. MARIAU se demande-t-il si cette angine n'aurait pas d'autre rapport avec la tuberculose, que ceux d'une simple coïncidence. En tous cas, l'évolution clinique est absolument apyrétique, sans disphagie, indolente et subaiguë d'emblée.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Une opération à Automobile, ou l'Automobile réservoir d'Antiseptiques !

Nous cueillons dans la *Gazette médicale de Paris* l'amusante lettre ci-jointe, que le Dr MONPROFIT, d'Angers, à qui elle a été adressée, lui a transmise :

Monsieur le Directeur,

Puisque l'automobilisme semble intéresser quelques confrères, permettez-moi de vous conter une histoire qui vous prouvera jusqu'à quel point l'automobile peut être utile au médecin. Au mois de juillet 1898, j'allais faire une excursion aux environs de Sablé, avec ma voiture Peugeot, qui me sert depuis 4 ans, quand j'aperçois un attroupement de commères devant un chemineau se tordant sur un tas de pierres au milieu de ses vomissements. Je débraye et je m'arrête. Je crus d'abord à une attaque d'épilepsie, mais après avoir fait transporter le malade dans une ferme voisine, je constatai une hernie étranglée droite. Le malade me disait avoir ressenti les premières coliques la veille au soir. Il était deux heures de l'après-midi. J'essayai toutes les méthodes pour réduire la hernie, mais sans résultat. Il ne restait plus que l'opération.

Impossible de transporter le malade à cause de son état de faiblesse ; retourner en arrière chercher chloroforme et antiseptiques me parut trop long ; il ne fallait pas perdre une minute. Le pouls du malade était petit, les yeux enfoncés ! Pour tout bagage, je n'avais que ma petite trousse de poche. Mais comment pratiquer l'antisepsie classique et obligatoire ? Navré, je regardai mon automobile, quand une idée subite me vint. N'avait-elle pas tous les antiseptiques dans son sein ? M'avait-elle jamais refusé quelque chose ?

Je pris de l'essence et je lavai le champ opératoire, ce qui n'avait certainement pas été fait depuis de longues années : je puisai de l'eau bouillie dans ma voiture (l'eau sert au refroidissement des cylindres), je pris de l'alcool pour désinfecter mes mains et flamber mes instruments (l'alcool sert à allumer les brûleurs), et je fis l'incision de manière à procéder au débridement de l'endroit rétréci. Dès qu'il me fut possible d'introduire dans l'anneau le bout de mon doigt, je glissai avec précaution la lame du bistouri, la retournai pour faire quelques petites incisions, puis avec l'autre doigt je fis des essais de dilatation. Je pus facilement rentrer la hernie qui ne présentait heureusement aucune mauvaise teinte. Je fis les sutures avec du fil et une aiguille ordinaire trempés dans l'essence et passés dans l'alcool et je voulus procéder au pansement, après avoir encore lavé le haut avec de l'essence. Mais comment faire un pansement antiseptique ? Tout en me lavant les mains au robinet d'eau de mon automobile, je jetai un regard désespéré sur mon moteur. Ce ne fut pas en vain ! Pour réparer les joints de la circulation d'eau et de la tuyauterie des cylindres, il faut du carton et de la toile d'amiante. Je pris un morceau de toile d'amiante et je taillai un morceau de carton d'amiante afin de bien appliquer le tout sur la plaie ; je trempai mon pansement dans l'essence et y mis le feu. — Après refroidissement je le mis en place, en le maintenant au moyen de serviettes.

Deux jours après, je revis mon chemineau : il y avait réunion par première intention ; j'ôtai les fils et cette fois lui mis un pansement complet en recommandant de porter dorénavant un bandage ! Et... je n'ai plus revu mon chemineau ! ! !

Dr P. KLEIN (Château-Gontier).

L'Espagnol incombustible

C'est plutôt une actualité rétrospective. Cette aventure a toutefois cela d'actuel qu'elle nous est révélée par une fort jolie publication, *La vie parisienne au XIXe siècle*, dont les deux premiers fascicules viennent de paraître ces jours-ci.

Le 18 messidor an XI, le *Journal des Débats* publiait l'article suivant :

Il existe dans ce moment, à Paris, un individu né à Tolède, âgé de vingt-trois ans, affecté d'une insensibilité physique dont il n'y a sans doute aucun exemple. Ce jeune Espagnol a été soumis hier, dans l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine, à des épreuves que nous regarderions comme fabuleuses, si leur réalité ne nous était attestée par différents témoins oculaires et les plus dignes de foi. Nous citerons le témoignage du Dr Burard, qui nous fournit les détails qu'on va lire :

1° Il a plongé ses mains et ses pieds dans l'huile bouillante chauffée jusqu'à 85 degrés de chaleur : il a lavé son visage avec la même huile ;

2° Il a lentement, et à différentes reprises promené ses pieds et ses mains sur un fer très large et très épais, rouge et même blanchi par le feu :

3° Une spatule large et épaisse, rougie jusqu'au blanc, a été appliquée et promenée sur sa langue pendant quelques minutes ;

4° Il a successivement pris et fait circuler dans sa bouche de l'acide muriatique, nitrique et sulfurique ;

5° Une chandelle allumée a été promenée pendant près d'un quart d'heure sur ses jambes et sur ses pieds ;

6° Il a plongé ses mains et ses pieds dans l'eau chargée d'une grande quantité de sel et chauffée jusqu'à 70 degrés. Ce jeune homme a subi ces diverses épreuves sans donner aucun signe de douleur et sans qu'il parût aucune trace de brûlure sur ces différentes parties de son corps.

On a remarqué cependant que l'acide nitrique, qui n'avait fait aucune impression sur sa langue, a laissé une espèce de tache jaune sur la paume de sa main, mais sans cautérisation ni sans douleur.

Les médecins et les gens de l'art qui ont assisté à ces expériences, ne manqueront pas sans doute de faire un rapport sur ce phénomène inouï qui est d'autant plus merveilleux que l'individu paraît jouir d'une bonne santé.

Ce qui n'est pas moins étonnant, sa peau non seulement n'est pas altérée par les épreuves, mais elle est douce est souple comme celle d'une jeune personne. L'interprète a assuré que

cet Espagnol avait été mis, à Tolède, dans un four exactement fermé et chauffé jusqu'à 70 degrés; il y est resté pendant dix minutes, s'y trouvant bien et ne voulant pas en sortir.

Deux jours après, la lettre suivante était adressée à l'abbé Geoffroy, rédacteur en chef:

« Paris, 20 messidor.

» Depuis l'annonce que vous avez faite des épreuves subies par le jeune Espagnol, le 18 de ce mois à l'amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, je suis assailli de questions relatives à ce phénomène, permettez-moi de me servir de la voie de votre journal pour déclarer que tous les faits que vous avez rapportés sont de la plus exacte vérité; et je ne puis invoquer ici le témoignage des médecins ou des professeurs, Chaussier, Hallé, Desyeux, Sabatier, Alphonse Leroi, Perilhe; des membres de l'Institut, Huzard, Guitton-Morveau, et d'un très grand nombre de spectateurs, qui ont tous vu, comme moi, les mêmes expériences.

» Je dois observer qu'il est impossible de supposer aucune espèce de supercherie de la part de cet Espagnol. L'huile, les instruments de fer et les acides ont été fournis préparés ou chauffés par des membres de l'Ecole de Chimie; et certes si cet étranger possédait ou un procédé chimique (ce que je ne crois pas) pour empêcher l'action du feu ou des acides, tels que ceux qu'il a dégustés, on aurait facilement aperçu quelques traces de la préparation à laquelle il aurait soumis les différentes parties de son corps. Au reste, ceux qui refusent de croire à la réalité de ces épreuves seront bientôt convaincus par le rapport qu'est chargé de faire à ce sujet le professeur Pinel.

» j'ai l'honneur de vous saluer,

» (Signé) : BURARD,

» Docteur en médecine et en chirurgie, médecin judiciaire du VI° arrondissement, rue de Condé, n° 695. »

(*Le Scalpel*).

L'alcool a gardé longtemps, dans l'armée, la réputation de susciter les courages et d'engendrer, pour un coup d'audace, les ardentes volontés : flambée factice, feu de paille, sur lesquels un chef militaire ne doit point compter. Voici, à ce propos, une anecdote peu connue que j'ai trouvée dans l'éloge de BERTHOLLET, grand chimiste français, qui fut un cerveau de génie et un caractère de forte trempe. Peu de temps avant le neuf thermidor, lorsqu'on en était venu à voir partout des conspirations, un dépôt sableux trouvé dans des barriques d'eau-de-vie destinées à l'armée fit avancer qu'on avait voulu faire périr les soldats, et déjà nombre d'individus étaient dans les fers et attendaient leur sentence. BERTHOLLET chargé d'analyser cette eau-de-vie, prouva dans un rapport qu'elle ne contenait rien de nuisible. Le comité de salut public, dont ce rapport dérangeait les plans, fit venir l'auteur : « Comment oses-tu soutenir, lui dit ROBESPIERRE que cette eau-de-vie ne contient pas de poison? » — Pour toute réponse, BERTHOLLET, en avale un verre en disant : « Je n'en ai jamais tant bu. » — « Tu as bien du courage », s'écria le féroce dictateur. — Le chimiste répliqua : « J'en ai eu davantage lorsque j'ai écrit mon rapport. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité civile. — Accidents du travail. — Loi du 9 avril 1898. — 1° Indemnité temporaire. — Caractère fixe. — Faute inexcusable. — 2° Frais de maladie. — Médecin choisi par la victime. — Absence de tarif départemental pour l'assistance médicale gratuite.

1° L'indemnité temporaire de demi salaire due à l'ouvrier blessé depuis le cinquième jour qui suit l'accident jusqu'au règlement de l'indemnité définitive est invariable et n'est pas susceptible d'être augmentée ou diminuée lorsqu'il y a faute inexcusable du patron ou de l'ouvrier, la majoration ou la diminution prévue par la loi en cas de faute inexcusable n'ayant trait qu'à la pension viagère.

2° Lorsqu'il n'existe pas de tarif départemental pour l'assistance médicale gratuite et qu'il est ainsi impossible au juge de paix de fixer les frais médicaux et pharmaceutiques dus à l'ouvrier qui a fait choix lui-même de son médecin, conformément à l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, il convient alors de fixer le taux de la visite de ce médecin au taux des visites des médecins pour la clientèle ouvrière.

... Ce taux est pour le département de la Seine, de 3 francs par visite et de 8 francs pour délivrance d'un certificat.

Courteix c. Micon.

LE TRIBUNAL,

Attendu que l'indemnité temporaire est due à l'ouvrier blessé depuis le cinquième jour qui suit l'accident jusqu'au règlement de l'indemnité définitive; que cette indemnité temporaire est fixée à la moitié du salaire touché au moment de l'accident; que Micon se déclare prêt à payer ladite indemnité et en fait offre à la barre; mais que Courteix prétend que cette indemnité doit être majorée, parce que l'accident serait dû à une faute inexcusable de Micon;

Attendu que cette prétention est contraire aux art. 3, 16 et 20 de la loi du 13 avril 1898; qu'en effet la majoration ou la diminution de l'indemnité, lorsqu'il y a faute inexcusable soit du patron, soit de l'ouvrier, n'a trait qu'à la pension viagère; que l'indemnité de demi-salaire est invariable; que l'art. 16 n° 5 le démontre en ce qu'il autorise le tribunal civil à accorder une provision pendant l'instance, si l'état de la victime nécessite cette augmentation, tandis que le n° 4 dudit article, en se servant du mot « continuera » pour indiquer le paiement de l'indemnité temporaire, entend que cette indemnité sera versée telle qu'elle a été fixée, sans variation, au destinataire; que c'est donc par voie de demande de provision que Courteix doit agir.

Sur les 20 francs réclamés pour honoraires de médecin :

Attendu que l'art. 4 de cette loi décide que les honoraires du médecin, choisi par la victime, seront fixés conformé-

ment au tarif adopté dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite; mais que ce tarif n'existe pas dans le département de la Seine ainsi qu'il résulte d'une lettre de M. le maire du XIIIe arrondissement de 8 mai 1899 et d'une lettre de M. le directeur de l'Assistance publique du 5 juin 1899, qu'il convient alors de fixer le taux de la visite de ce médecin au taux des visites des médecins pour la clientèle officielle, soit 3 francs par visite et celui du certificat à 8 francs, d'après le décret rendu en exécution de la loi du 30 novembre 1892; qu'il a été fait à la victime deux visites et qu'il lui a été délivré un certificat, qu'il est donc dû 14 francs de ce chef..., etc.

(*Gazette du Palais*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans sa séance du 7 février, le Conseil de l'Université de Lille a décidé que les **congés des jours gras** comprendraient le lundi 26 et le mardi 27 février.

Soutenance de thèses

M. L. Dupré-Lefebvre, de Béthune (Pas-de-Calais) a soutenu avec succès le vendredi 23 février, sa thèse de doctorat (5e série, no 149), intitulée : **Considérations cliniques sur la grossesse et l'accouchement chez les cyphotiques, d'après les observations de la clinique obstétricale de Lille, de 1886 à 1899.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Messéant, de Faches-Thumesnil (Nord). Nous adressons à la famille de notre confrère, l'expression de nos bien vives condoléances.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du journal.

Rôle de l'arthritisme dans la pharyngite granuleuse, par M. Marage, Masson, 1900.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

6me semaine, du 11 au 17 février 1900

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	5
3 mois à un an	8	4
1 an à 2 ans	2	10
2 à 5 ans	5	3
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	10	9
40 à 60 ans	10	11
60 à 80 ans	21	26
80 ans et au-dessus	7	5
Total	79	76

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	3	6	»	3	»	»
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	6	»	3	»	»
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	5	2	4	»	»
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	12	2	»	»	»
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	8	1	»	»	»
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»
Total	»	2	»	»	»	»	»	7	42	7	12	»	»

Répartition des décès par quartier	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	5	8	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	4	»	»	»	1	»	8	25	19
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	»	»	6	17	17
Wazemmes, 36,782 hab.	2	»	»	»	»	»	7	22	21
Vauban, 20,381 hab.	2	1	»	1	»	»	7	14	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	5	1	»	»	»	»	14	34	8
Esquermes 11,381 hab.	2	»	»	»	»	»	2	5	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	3	7	5
Fives, 24,191 hab.	2	»	»	»	»	»	5	18	27
Canteleu, 2,836 hab.	1	»	»	»	1	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	2	3	4
Total	21	2	»	1	1	»	60	155	128

N° 164. Quatrième Année, N° 9. Le Numéro : 10 centimes. 4 Mars 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

VOIES URINAIRES

Policlinique de l'Hôpital Saint-Sauveur

M. le Professeur agrégé Carlier

I. Rétention d'urine et hématurie chez un prostatique. — II. Rétrécissement traumatique de l'urètre postérieur. — III. Tuberculose du rein droit chez une jeune fille. — IV. Cancer du testicule.

I. Rétention d'urine et hématurie chez un prostatique. — Le premier malade que je désire vous présenter aujourd'hui est un homme de 56 ans, qui nous est envoyé pour une rétention complète d'urine. La rétention est survenue il y a quinze jours, au cours d'un voyage à Dunkerque. Etant en chemin de fer, ce malade éprouva un besoin d'uriner qu'il ne put satisfaire de suite. Au premier arrêt du train, à Hazebrouck, le malade descendit pour uriner, mais la miction fut impossible. A sa rentrée à Lille, retour de Dunkerque, le malade, qui n'en était pas à sa première rétention, dut se sonder et continua de se sonder les jours suivants.

Il y a trois jours, n'étant pas parvenu à passer la sonde, il alla voir un médecin, qui dut reconnaître lui-même l'impossibilité du cathétérisme. Mon confrère fit ce qu'on fait en pareil cas, il eut recours à la ponction sus-pubienne de la vessie, qu'il renouvela trois jours de suite, mais l'impossibilité du cathétérisme persistant et les urines retirées par la ponction s'étant fortement teintées de sang, le malade nous fut adressé à Saint-Sauveur.

Nous sommes ici en présence d'un malade atteint d'une hypertrophie de la prostate; en effet, la prostate est très grosse, comme vous pourrez vous en rendre compte tout à l'heure, et l'urèthre admet aisément une sonde numéro 20, ce qui écarte toute idée de rétrécissement.

Bien que ce cas vous paraisse peut-être dénué d'intérêt, car les prostatiques sont légion, laissez-moi cependant vous en entretenir un peu.

La cause occasionnelle de la rétention chez ce prostatique a été la *retenue du besoin d'uriner*. N'oubliez pas ce détail, car vous aurez à le constater souvent pendant votre carrière de praticien. Un prostatique ne doit pas se retenir du besoin d'uriner, il doit obéir à sa vessie et non lui commander. Vous mettrez donc en garde cette catégorie de malades contre les longs voyages en chemin de fer, contre les dîners prolongés, les longues réunions qu'il n'est pas

permis de quitter pendant quelques instants, sans transgresser les lois de la bienséance. Comme le prostatique est en outre, vous le savez, ordinairement tourmenté par des besoins nocturnes, prévenez vos malades gros dormeurs — on en trouve encore à cet âge — qu'ils auront d'autant plus de difficulté à uriner au réveil qu'ils auront résisté davantage aux sollicitations de leur vessie.

Lorsque vous vous trouverez, comme dans le cas présent, vis-à-vis d'un prostatique chez lequel s'est déclarée brusquement une rétention aiguë, complète d'emblée, avec symptômes pressants, ne vous attardez pas dans l'emploi des moyens décongestifs. Videz la vessie après avoir pris les précautions d'antisepsie ou au moins d'asepsie, en ce qui concerne le méat, l'urèthre, la sonde et vos mains. Bien souvent, après plusieurs jours ou semaines, pendant lesquels le cathétérisme évacuateur aura été nécessaire, vous verrez se rétablir la miction spontanée et totale.

Les urines de ce malade ont contenu et contiennent encore du sang. Ce sang provient du saignement de la portion prostatique de l'urèthre par congestion violente de la prostate, il reflue dans la vessie au fur et à mesure de sa production et donne aux urines la teinture rougeâtre que vous voyez. Vous observerez souvent cela chez les prostatiques en pleine poussée congestive.

Quel traitement devons-nous employer ici? Il est bien entendu que le cathétérisme évacuateur s'impose. Il sera fait quatre fois dans les vingt-quatre heures. On le pratiquera très aisément avec la sonde molle en caoutchouc, qui est la sonde de choix chez les prostatiques rétentionnistes.

Mais je vous ai dit que cet homme n'a que 56 ans, et que sa prostate est déjà très hypertrophiée. S'il n'avait pas été autrefois albuminurique, je recourrais volontiers à une prostatectomie partielle, à laquelle on doit songer pour des prostatiques encore jeunes et aseptiques, mais dans le cas présent, j'y renonce, du moins pour le moment. Je recourrai tout simplement à l'angio-neurectomie des cordons, c'est-à-dire qu'après avoir mis à nu les deux cordons, j'en réséquerai sur une petite étendue tous les éléments, sauf le canal déférent, l'artère déférentielle et une ou deux veinules pour assurer la circulation en retour du testicule. Ces petites interventions sur le cordon décongestionnent bien la prostate, en outre l'angio-neurectomie provoque une atrophie lente du testicule. Or, vous savez qu'il y a une relation intime entre la fonction testiculaire et le développement de la prostate, à ce point qu'on a proposé et pratiqué la castration pour remédier à l'hypertrophie de la prostate. J'ai déjà employé ce dernier moyen chez d'autres malades, mais je l'ai fait avec une certaine répugnance D'ailleurs vous trouverez rarement des prostatiques qui feront le sacrifice de leurs testicules, alors même que, depuis longtemps, ils n'ont font plus aucun usage.

***

II. Rétrécissement traumatique de l'urèthre postérieur. — Voilà maintenant un jeune homme de dix-sept ans, qui nous a été envoyé par le docteur Dourlens. Son cas est assez intéressant pour que nous nous arrêtions quelques instants à son lit.

Ce malade est entré dans le service pour des difficultés de la miction. Il présente tous les symptômes fonctionnels des rétrécis. Il a, en effet, un rétrécissement de l'urèthre, et vous voyez que la bougie à boule exploratrice, bien que très petite, est arrêtée en pleine portion membraneuse. Il est facile de s'en assurer par le palper périnéal et par le toucher rectal. Une bougie filiforme traverse difficilement le rétrécissement.

Il ne peut s'agir ici d'un rétrécissement blennorrhagique, pour deux raisons : la première, c'est que ce malade n'a jamais eu la chaudepisse, la seconde c'est que les rétrécissements blennorrhagiques siègent toujours dans l'urèthre antérieur. Or, je viens de vous montrer que, chez ce sujet, la boule exploratrice est arrêtée dans l'urèthre membraneux. Il ne peut donc s'agir, dans l'espèce, que d'un rétrécissement traumatique, d'un rétrécissement cicatriciel.

Et, en effet, ce malade, mineur de son métier, vient de nous dire qu'il a été récemment victime d'un accident. Il y a six semaines, en travaillant couché au fond de la mine, il reçut sur la hanche gauche un gros bloc de pierre qui venait de se détacher du plafond de la galerie. Il en résulta une violente douleur dans les reins et le bas-ventre et l'impossibilité absolue de marcher. Après son transport à l'hôpital de Bruay, le docteur Dourlens constata une forte ecchymose des bourses. L'urèthre ne saignait pas, mais la miction fut impossible, et tous les essais de sondage restèrent infructueux. Ce n'est qu'après deux jours et demi de rétention complète que la miction se rétablit, mais avec de vives douleurs. Il n'y eut, paraît-il, pas de sang dans les urines. Depuis lors le malade urine seul, mais la miction devint de plus en plus

difficile, et actuellement elle s'effectue péniblement, goutte à goutte. Les urines sont limpides, sans sucre ni albumine. La prostate est normale, mais au palper bimanuel, vous pouvez vous rendre compte que le muscle vésical est déjà forcé, que le malade n'arrive déjà plus à vider sa vessie.

Il n'est pas douteux que le traumatisme a occasionné ou une fracture du bassin ou une dislocation de la symphyse pubienne et consécutivement une lésion de la portion membraneuse de l'urèthre qui, vous le savez, traverse le ligament de CARCASSONNE.

Nous sommes donc en présence d'un rétrécissement qui reconnaît pour cause le traumatisme ; voyons la conduite chirurgicale à adopter.

Le traitement est, dans ce cas, absolument différent de celui que je vous ai conseillé chez les trois rétrécis blennorhagiques dont je vous ai entretenus vendredi. Chez ces derniers, le retrécissement reconnaissait une origine inflammatoire ; chez ce jeune malade, au contraire, le rétrécissement est cicatriciel. Vous n'obtiendrez rien par la dilatation, et vous n'obtiendrez qu'une amélioration tout à fait passagère en recourant à l'uréthrotomie interne. Il y a mieux à faire.

Puisqu'il existe du tissu cicatriciel, le mieux est de l'enlever. Après m'être assuré, au moyen d'une injection sous-cutanée de bleu de méthylène, du degré de perméabilité rénale de ce malade, je l'opèrerai. Comme le rétrécissement siège dans l'urèthre postérieur, par conséquent très loin, j'aurai besoin de beaucoup de jour. Pour ne pas travailler au fond d'un puits, j'ai l'intention de recourir à une incision en V dont la pointe sera à l'ischion gauche, la branche antérieure prérectale et la postérieure dirigée de l'ischion à la pointe du coccyx. J'isolerai et réclinerai le rectum en fendant au besoin les attaches inférieures du releveur de l'anus, j'éviterai de la sorte le bulbe de l'urèthre et l'hémorrhagie ennuyeuse qu'occasionne sa blessure. Je réséquerai tout ce que je pourrai du tissu cicatriciel uréthral, je mettrai une sonde à demeure et je reconstituerai un nouvel urèthre avec les tissus souples du voisinage.

Telle est la conduite que vous devez tenir dans un cas semblable, lorsque le rétrécissement cicatriciel est déjà constitué.

Ce malade a été opéré le 1er février en suivant le plan opératoire énoncé ci-dessus. Tout s'est passé sans incident, la réunion du nouvel urèthre s'est faite par première intention, la plaie périnéale est aujourd'hui cicatrisée, et l'urèthre du malade admet facilement un Béniqué numéro 52.

* * *

III. Tuberculose du rein droit. — La jeune fille que voici nous a été adressée par le docteur HOURIEZ, de Lallaing. Cette malade, âgée de 23 ans, se plaint d'uriner souvent et de souffrir en urinant. Ces troubles urinaires ont débuté il y a sept ou huit mois, la fréquence des besoins et la cuisson post-mictionnelle étaient alors très accusées. Le repos au lit ne calmait pas ces douleurs et ne diminuait nullement la fréquence. En même temps les urines se troublèrent, elles laissèrent déposer un peu de pus au fond du vase. Il y a un mois une première *hématurie* survint, qui dura deux ou trois jours ; une seconde hématurie plus importante a eu lieu ces jours-ci, c'est ce qui décida cette malade à venir réclamer nos soins.

Voici donc une jeune fille encore vierge, chez laquelle le gonocoque n'est presque certainement pas en cause et chez laquelle des troubles urinaires avec altération des urines se sont installés *sans raison apparente*.

Je vous engage à toujours vous méfier de ces troubles urinaires qui surviennent à cet âge-là et sans cause connue. Très souvent il s'agit de tuberculose soit de la vessie, soit des reins. Attachez surtout une grande importance aux hématuries, qui ont tant d'analogie avec les hémoptysies du début de la tuberculose pulmonaire. Mais, avant de prononcer le mot tuberculose, qui effraie si justement les familles, renseignez-vous encore, tenez votre malade en observation et ayez surtout recours à l'examen bactériologique des urines.

Notre malade, dont la mère est morte de tuberculose pulmonaire, à 39 ans, a beaucoup maigri depuis quelques mois. Ce qui me frappe chez elle, c'est que la sensibilité vésicale n'est pas très accentuée. La malade n'accuse qu'une douleur très modérée au contact de l'explorateur en gomme que je viens d'introduire dans sa vessie. Cette constatation doit être relevée, car elle dénote une disparité frappante entre le peu de sensibilité de la paroi vésicale au contact, et les douleurs de la miction qu'accuse la malade. Il vous faut, dans ce cas, songer à la possibilité d'une lésion rénale avec retentissement du côté de la vessie.

C'est ce qui a lieu chez cette malade. La palpation dénote une augmentation notable du volume du rein droit, dont le bord inférieur atteint le niveau de l'ombilic. Ce rein est gros, un peu bosselé, assez doulou-

reux à la pression. Je ne mets pas en doute que c'est la lésion du rein droit qui est la lésion essentielle chez cette malade et que les symptômes vésicaux sont, en grande partie, sous la dépendance de la lésion rénale. Que ce fait ne vous étonne pas, il est très fréquent. Toute irritation rénale peut provoquer un réflexe, réflexe réno-vésical, qui se traduit par la fréquence des mictions. Je vous montrerai tout à l'heure un petit malade de 15 ans, chez lequel j'ai pratiqué une néphrectomie pour une tuberculose assez avancée du rein gauche. Ce jeune homme urinait cinq à six fois par heure avant l'opération, actuellement la fréquence a diminué de moitié, bien qu'on n'ait pas soigné sa vessie.

Peut-être vous rappelez-vous encore un autre malade, couché au n° 5 de la salle Saint-Luc, et qui nous avait été adressée par le docteur DAUBRESSE, de Carvin. Ce malade, âgé de 18 ans, avait une volumineuse pyonéphrose tuberculeuse du côté gauche, et urinait toutes les cinq minutes. Je lui ai fait une large néphrotomie, et, deux jours après, le nombre des mictions tombait à trente par vingt-quatre heures.

Donc le rein droit de notre malade est gros. J'avais bien des raisons pour soupçonner la tuberculose, j'en ai la certitude depuis ce matin, car mon interne vient de me remettre le résultat de l'analyse bactériologique des urines et on y a trouvé de très nombreux bacilles de KOCH. Il s'agit donc d'une tuberculose manifeste du rein droit, avec manifestations vésicales que je place au second plan.

Quel est le traitement qui convient à cette malade ? Faut-il la soigner par des moyens médicaux ou par des moyens chirurgicaux ? Cette question aurait été très embarrassante il y quelques années, elle l'est moins aujourd'hui.

Nous commençons à bien connaître la tuberculose rénale : nous savons qu'elle est souvent primitive et plus souvent encore unilatérale ; qu'elle guérit rarement par les traitements médicaux les mieux dirigés et à la portée seulement de la classe riche ; enfin, qu'elle fait ordinairement mourir plus ou moins rapidement les malades épuisés par la suppuration, parfois par la douleur et par les hématuries. Dès lors, quelques chirurgiens, parmi lesquels je m'inscris, considèrent que toute tuberculose rénale primitive et unilatérale, diagnostiquée à son début, doit être extirpée, si le reste de l'organisme est indemne. Et elle doit être extirpée, ainsi que le dit TUFFIER, comme on fait pour tout foyer tuberculeux bien localisé et isolé que les traitements médicaux et topiques n'ont pas rapidement modifié.

Je me propose de faire une *néphrectomie* à cette malade. Mais il va sans dire que je me suis assuré qu'elle a un rein gauche qui fonctionne très bien et qui sera apte, je l'espère, à suppléer le rein droit que j'enlèverai ces jours-ci.

Si j'avais des doutes sur la valeur fonctionnelle du rein supposé sain, je me garderais bien de recourir à la néphrectomie. Je m'en tiendrais, dans ce cas, à la néphrostomie et au curettage des cavernes tuberculeuses, quitte à enlever un ou deux mois plus tard le rein néphrostomisé, lorsque j'aurai éprouvé la valeur fonctionnelle du rein sain. Il est bien entendu que cette malade sera néanmoins soumise par la suite à un traitement général dont la suralimentation, le lait et l'huile de foie de morue seront les principaux éléments.

Cette malade a été opérée le 20 février, la néphrectomie n'a présenté aucune difficulté opératoire. Le rein une fois libéré et amené au dehors, l'uretère fut sectionné entre deux ligatures, de façon à éviter la contamination du champ opératoire, et, avec un catgut éprouvé, on fit la ligature du pédicule vasculaire, constitué par l'artère et la veine rénales. Le rein était augmenté de volume, pesait environ 300 grammes, sa surface était parsemée de granulations tuberculeuses ; à la coupe on constata l'existence, en pleine substance médullaire, de deux cavernes tuberculeuses dans l'une desquelles on pouvait loger une petite noix. Le reste du parenchyme rénal était parsemé de granulations grises, de même que les calices et le bassinet.

La malade n'a eu aucun choc, le fonctionnement du rein gauche n'a été nullement troublé par l'ablation du rein droit. Deux drains ont été laissés dans la plaie qui est aujourd'hui en pleine voie de cicatrisation.

***

IV. Cancer du testicule. — Il me reste à vous présenter un malade de 29 ans, qui vient de nous être envoyé pour une lésion intéressant le testicule gauche. Son histoire est simple, la voici résumée.

Les premières douleurs testiculaires remontent au mois de juillet 1899, elles furent alors passagères et compatibles avec le travail. Mais déjà à ce moment le malade avait remarqué que son testicule était plus dur et plus gros qu'avant la crise douloureuse. Ces douleurs se répétèrent à plusieurs reprises, mais en novembre elles s'accompagnèrent d'un violent mal de

reins qui força le malade au repos. Depuis lors, cet homme resta plus ou moins souffrant, et voilà deux mois que l'état local reste à peu près stationnaire.

Si vous examinez avec un peu de soin le scrotum, vous verrez que la partie gauche des bourses est le siège d'une tuméfaction très allongée. Si j'en excepte la portion inférieure de la tumeur qui contient du liquide transparent, le reste est dur, très dur et constitué évidemment par le testicule. La glande est augmentée de volume, assez lisse à sa surface, très dure et très sensible. Cette induration ne s'arrête pas au testicule, elle se prolonge sur tout le cordon qui mesure le volume de l'index, et le *cordon gros et dur* conserve ces caractères jusque dans le canal inguinal où on le perçoit aisément.

L'épididyme est dur également, mais *non bosselé*, il en est de même du canal déférent.

Ce malade n'a aucun passé génital, il nous faut cependant retenir qu'à l'âge de neuf ans, il fit une chute de voiture et eut alors une forte contusion du scrotum avec plaie et hématome consécutif.

Etant donné que ce malade n'a jamais eu de blennorrhagie et n'en a pas en ce moment, je ne vois que deux hypothèses cadrant bien avec l'aspect des lésions du testicule et du cordon. C'est ou de la *tuberculose massive* du testicule ou du *cancer*.

Ce qui ne me fait pas volontiers croire à la tuberculose, c'est que l'épididyme n'est nullement bosselé, le canal déférent ne l'est pas davantage. Or, la tuberculose du testicule sans lésion épididymaire concomitante est chose rare ; d'autre part, la prostate et les vésicules séminales sont intactes. Enfin, dernière raison, si la tuberculose épididymo-testiculaire crée souvent de la déférentite tuberculeuse et parfois même de la péri-déférentite, elle respecte les autres éléments du cordon qui conservent leur souplesse.

J'ai donc de la tendance à croire à un *cancer du testicule*. Cela assombrit singulièrement le pronostic. Je vais proposer à ce malade la castration, je lui enlèverai non seulement son testicule, mais encore tout le cordon, dont je poursuivrai les différents éléments jusque dans le ventre. Evidemment ce malade guérira rapidement de cette opération, mais je ne me dissimule pas la gravité du pronostic.

La récidive est, en effet, presque fatale. Mais comme on a observé quelques rares cas où elle ne survint pas, il faut néanmoins agir puisque la tumeur maligne paraît localisée. Vous savez d'ailleurs que la castration n'a aucune gravité, et comme elle est le seul moyen qui procure au malade quelques chances de guérison, il faut y avoir recours dès que le diagnostic est porté, ce qui est le cas ici.

Ce malade a été opéré ; la castration a été des plus simples ; on a enlevé tout le cordon après section de toute la paroi antérieure du canal inguinal. Le cordon a été sectionné en un point où il paraissait très souple. Drainage, guérison en huit jours.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

L'extraction des dents,

Par le docteur **A. Caumartin**, ancien interne des hôpitaux de Lille,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

L'extraction des dents est une des opérations les plus fréquentes de la pratique du médecin, surtout à la campagne.

Le public a tendance à considérer l'extraction d'une dent comme une chose toujours fort simple, et il pardonne difficilement un insuccès.

Or, beaucoup de jeunes docteurs s'installent souvent après avoir fait peu ou pas d'extractions, et toujours après les avoir faites sans principes et sans direction, avec le peu d'intérêt qu'on attache à une opération considérée comme banale.

Cet état d'esprit, à la fois du malade et du médecin, a plus d'une fois causé à l'un ou à l'autre des déceptions au moins désagréables.

C'est pourquoi, sans vouloir donner à l'extraction des dents une importance exagérée, nous avons pensé qu'il pouvait être utile de rappeler ici quelques principes sur ce sujet.

Une première question essentiellement pratique se pose :

Quels sont les instruments nécessaires au médecin ?

Cette question, tous nos confrères se la sont posée au moment de constituer leur bagage de praticien et pour tous le choix des daviers a été un des nombreux points importants de l'installation.

Nous pensons que cinq daviers sont nécessaires au médecin :

Trois pour la mâchoire supérieure.

Deux pour la mâchoire inférieure.

Un mot sur chacun :

Pour la mâchoire supérieure : Un davier dit « baïon-

nette » à mors de largeur moyenne. Avec ce davier on pourra extraire les incisives, canines, prémolaires, les chicots des molaires et des dents antérieures et au besoin les dents de sagesse.

Deux daviers pour les molaires, un droit et un gauche. Ces dents ont trois racines, deux externes et une interne. Des deux mors du davier, l'un (interne) est creusé d'un seul sillon destiné à saisir la racine palatine, l'autre (externe) porte deux gouttières séparées par une crête qui se prolonge en pointe ; les deux sillons doivent embrasser les deux racines externes pendant que la pointe pénètre dans l'interstice.

Pour la mâchoire inférieure : Un davier « bec de faucon » à mors de largeur moyenne, creusés d'un seul sillon,servira à extraire les incisives, les canines, les prémolaires, les chicots des molaires et des dents antérieures.

Un deuxième davier, également « bec de faucon », sera destiné aux molaires.

Les mors de ce davier sont creusés de deux gouttières séparées par une crête qui se prolonge en une pointe : les deux gouttières saisissent les racines antérieure et postérieure pendant que les pointes s'insinuent entre elles.

Avec ces cinq daviers le médecin pourra faire face aux cas ordinaires.

Quelques praticiens trouveront même ce nombre exagéré et nous en savons plusieurs qui font avec un seul davier toutes les extractions ; pourtant nous croyons cette série indispensable pour ne pas être obligé de faire de l'acrobatie, si on nous permet l'expression, et ne pas s'exposer à des insuccès.

On remarquera que nous ne conseillons pas la clef de Garengeot. Sans vouloir discuter la valeur de cet instrument, disons qu'actuellement la plupart des spécialistes y ont renoncé, tout en reconnaissant qu'en certaines circonstances elle peut rendre de grands services.

Ce sont des cas exceptionnels et nous nous sommes placé au point de vue de la pratique courante.

Nous n'avons pas conseillé non plus les différents leviers ; nous savons qu'ils sont souvent très utiles pour l'extraction des racines ou de la dent de sagesse (langue de carpe) ; pour les racines, le médecin emploiera avec succès dans les cas ordinaires le davier baïonnette pour la mâchoire supérieure et le bec de faucon pour la mâchoire inférieure.

Nous aurons d'ailleurs à revenir sur l'emploi des différents daviers, et nous pensons que dans la pratique courante le médecin n'aura pas de mécomptes s'il possède au moins les cinq daviers que nous avons indiqués.

Le médecin, muni des instruments nécessaires, doit savoir d'abord dans quels cas il est opportun de les employer.

Quelles sont donc les principales indications de l'extraction des dents ?

En général, tout malade qui se présente au médecin pour une affection dentaire vient « se faire enlever une dent. »

Le médecin doit-il toujours, sans discussion, sans examen, satisfaire le patient ?

Nous ne le pensons pas et son rôle consiste précisément à discerner les cas où la dent doit être enlevée et ceux dans lesquels elle *doit* être conservée.

Il convient d'avoir toujours présent à l'esprit ce principe, qu'une dent naturelle convenablement soignée, vaut mieux qu'une dent artificielle.

La suppression d'un organe n'est d'ailleurs pas un mode de traitement, mais un aveu d'impuissance, la « défaite de l'art », disait Sarazin.

Cette remarque faite, il est évident que l'on ne peut pas plus sauver certaines dents de l'extraction que le chirurgien ne peut, dans certains cas, sauver un membre de l'amputation.

Distinguons les dents permanentes et les dents temporaires :

Dents permanentes. — Souvent c'est la douleur qui amène le malade : il n'a pas dormi de la nuit, il ne peut se baisser ni faire le moindre effort, ni absorber un liquide chaud sans réveiller immédiatement une douleur atroce, pulsative, qui s'irradie dans tout un côté de la face ; c'est la rage de dents ; il est atteint de pulpite aiguë et ne demande qu'à être débarrassé de sa dent.

S'il s'agit d'une dent fortement endommagée, il n'y a pas à hésiter, l'extraction est indiquée.

Mais, si la couronne est en grande partie intacte, si cette dent a une antagoniste et sert à la mastication, si c'est une dent de la partie antérieure de la mâchoire (incisive, canine, prémolaire) on doit essayer de la conserver.

A l'aide d'une petite curette, on enlèvera couche par couche les détritus et l'ivoire ramolli qui remplissent la cavité ; à un certain moment, le malade

éprouve une vive douleur, on a touché la pulpe et souvent on apercevra un suintement sanguinolent.

Cette manœuvre suffira généralement pour soulager le malade, car on a donné issue aux gaz et surtout on a permis à la pulpe congestionnée, étranglée dans sa cavité, de s'épanouir pour ainsi dire.

On dépose alors légèrement une boulette de coton imbibée de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..	ãã
Acide phénique cristallisé.	
Chloroforme............	

Ou encore l'application d'un antiseptique puissant comme la créosote, faite directement sur la pulpe, arrête presque instantanément les accidents douloureux et septiques. » (Cruet).

Quand la pulpe, au lieu d'être à nu, est encore recouverte d'une couche plus ou moins épaisse d'ivoire non ramolli, l'ouverture de la cavité pulpaire avec la curette devient moins facile et le succès est plus douteux. Le traitement palliatif devra néanmoins encore être tenté avant de décider l'extraction.

Le malade saura gré au médecin de l'avoir soulagé en lui conservant sa dent, qui, dès lors, devient susceptible d'être soignée.

Dans d'autres cas le malade souffre encore beaucoup, mais il se plaint surtout que la moindre pression sur une dent déterminée lui est douloureuse ; il peut à peine supporter le contact de la langue sur cette dent qui lui paraît allongée; il lui semble qu'il mâche « sur du caoutchouc. »

Par la percussion dans l'axe de la dent, le médecin réveille une vive douleur.

C'est de la périostite aiguë.

Dans ce cas encore, si la dent peut être considérée comme utile à la mastication, le dégagement de la cavité, l'application d'un pansement calmant et fortement antiseptique peu serré pourra suffire.

Mais si l'affection est plus avancée, si le malade a de la fluxion, le succès est beaucoup plus douteux : il sera difficile pour le médecin d'arrêter la périostite dans son évolution et l'abcès est à peu près inévitable. L'extraction devient alors le seul remède.

Cette ligne de conduite ne peut être évidemment qu'une indication générale et il est bien certain que le médecin sera quelquefois obligé d'enlever des dents qui, cliniquement, devraient être conservées. Ces dents atteintes de pulpite, de périostite que nous conseillons de garder doivent, pour être utiles, être soignées et obturées dès que la crise aiguë est terminée.

Or, beaucoup de personnes, pour bien des raisons, ne pourront se faire soigner, et c'est leur rendre un plus grand service de les débarrasser d'une dent que de la conserver exposée, faute de soins, à leur causer de nouveaux ennuis plus sérieux. C'est affaire d'appréciation de la part du médecin.

Quand il s'agit des premières molaires, ou dents de six ans, nous pensons que, dans les mêmes conditions, le médecin peut avoir moins de scrupules pour les enlever. Ces dents sont exposées à se carier de plus en plus ; les obturations que l'on y peut faire ne tiennent généralement pas longtemps dans ce tissu friable et peu résistant.

Pourtant, chez un enfant de sept ou huit ans qui n'a, pour ainsi dire, que ces dents pour mastiquer, il vaut mieux essayer de les lui conserver un moment encore. Mais s'il s'agit d'un enfant de dix ou onze ans, l'extraction est indiquée et devient bien plus logique à cet âge que plus tard. La deuxième molaire et les prémolaires vont faire ou ont fait leur éruption et combleront le vide laissé, sans compter que du même coup on aura facilité, pour l'avenir, l'éruption de la dent de sagesse. Si, au contraire, on attend pour extraire la dent de six ans que la deuxième molaire soit sortie, le vide ne se comblera qu'incomplètement et la couronne de la dent de douze ans ne pourra que se dévier en s'inclinant sur l'arcade.

L'extraction n'est plus discutable quand la douleur accusée par le malade n'est que le résultat d'une poussée aiguë de périostite sur une molaire malade depuis longtemps. Le médecin découvrira dans ce cas une ou plusieurs fistules sur les gencives.

A plus forte raison doit-on extraire une molaire qui a provoqué des désordres plus graves, nécrose, fistule cutanée, abcès du sinus, etc...

Même conduite à tenir pour les racines et les chicots, qui causent de la douleur et sont sensibles à la pression ou à la percussion.

Toutefois il conviendra d'être plus circonspect pour les dents antérieures, même quand elles causent des désordres de ce genre, car un traitement approprié permet, dans certains cas, d'obtenir des guérisons inespérées, mais nous tombons ici dans le domaine de la spécialité ; il suffit que le médecin sache qu'il est très souvent possible de conserver les dents à une

seule racine, pour qu'il se mette en garde contre une intervention radicale trop précoce.

Le traitement palliatif que nous avons indiqué pourra, dans ces cas, rendre des services.

Quand une affection aiguë ou chronique des gencives ou du maxillaire, un traumatisme, la pyorrhée alvéolaire à la dernière période, aura ébranlé une dent au point d'en faire un véritable corps étranger dans la bouche, capable de gêner et même d'empêcher la mastication, l'extraction sera indiquée.

L'extraction sera également, d'une façon générale, la meilleure thérapeutique à opposer aux accidents d'éruption de la dent de sagesse.

La présence d'une dent surnuméraire, déviée ou anormale, qui provoque une irrégularité apparente de l'arcade dentaire ou blesse les parties molles voisines (joues, etc.), est une indication d'extraction.

Souvent aussi on devra extraire des dents cariées ou même saines « pour faire de la place » aux dents voisines déviées qu'on désire faire rentrer dans l'ordre, mais le médecin non spécialiste aura plus rarement l'occasion d'intervenir dans ces cas qui n'ont rien d'urgent.

Dents temporaires. — En principe, il vaut mieux laisser à la nature le soin de débarrasser les mâchoires des dents de lait, ou au moins on ne doit les extraire que peu de temps avant l'éruption des dents définitives correspondantes. L'arrangement des dents permanentes n'aura qu'à y gagner.

Pourtant on n'hésitera pas à extraire une dent de lait qui provoque des abcès et des fistules gingivales ou cutanées et qui gêne la mastication, surtout si l'éruption de la dent de remplacement est proche.

De même si une dent temporaire persiste quand la dent définitive a déjà commencé son éruption et l'oblige à se placer hors de l'arcade dentaire, il est tout indiqué de l'extraire. Moins on tardera dans ce cas, plus l'extraction sera facile, et moins accentuée la déviation de la dent définitive qui reprendra souvent d'elle-même sa place normale.

Y a-t-il des contre-indications à l'extraction des dents ?

Nous ne connaissons guère de contre-indication absolue dans la pratique courante.

L'hémophilie, pourtant, mérite d'attirer l'attention ; c'est une diathèse rare, d'aucuns même ont nié son existence ; quoi qu'il en soit, il importe de savoir que des malades ont succombé à des hémorrhagies consécutives à l'extraction d'une dent.

Aussi il est prudent de s'enquérir de la façon dont se sont passées les extractions antérieures, ou de demander au patient s'il saigne longtemps à la moindre blessure.

On devra employer tous les moyens pour éviter l'extraction chez les gens que l'on peut croire atteints d'hémophilie et ne s'y résoudre qu'à la dernière extrémité en prenant toutes les précautions nécessaires.

La *fluxion* est souvent considérée, au moins par les malades, comme une contre-indication à l'extraction.

Nous pensons qu'elle est tout le contraire ; elle marque la fin de la crise aiguë et le commencement de la suppuration ; l'extraction ouvre donc dans ce cas une voie au pus qui se forme et évite les dégâts plus profonds qui pourraient se produire si on voulait attendre de parti-pris la disparition de la fluxion.

L'extraction est souvent, dans ce cas, plus douloureuse.

Chez les épileptiques, l'extraction d'une dent réveille souvent un accès ; il suffit de le savoir, pour prendre les précautions nécessaires.

La *grossesse* n'est pas une contre-indication absolue ; il vaut mieux s'abstenir si on peut le faire, et employer un traitement palliatif, mais l'extraction peut être pratiquée sans inconvénient, en prenant soin de faire une bonne anesthésie locale qui diminue l'intensité du réflexe.

Les conditions de chaque cas particulier dicteront d'ailleurs la conduite à tenir : susceptibilité de la femme, époque de la grossesse, fausses couches antérieures, etc.

Il vaut mieux également ne pas faire d'extractions à l'époque des menstrues et pendant la lactation ; mais avec les procédés d'anesthésie locale dont on dispose actuellement, on peut se mettre à l'abri des accidents fâcheux quand l'intervention s'impose.

Tels sont les principaux cas en face desquels se trouvera le médecin, en particulier à la campagne, loin du spécialiste, dans l'obligation d'intervenir lui-même.

Pas plus que le dentiste, le médecin ne doit être un « arracheur de dents », et il rendra vraiment service à ses malades en sachant faire une sélection parmi les cas qui se présenteront à son observation.



FAITS CLINIQUES

Urticaire par la codéine chez une chlorotique dyspeptique

par M. **Dorion**, interne des hôpitaux.

Mademoiselle L. C., 35 ans, entre en janvier 1899, aux Pavillons V. Olivier, dans le service de M. le Professeur COMBEMALE, où on la soigne pour chloro-anémie. Il est à noter que les troubles dyspeptiques étaient particulièrement accusés.

Interrogée dès son entrée sur les traitements suivis antérieurement, la malade insiste volontiers sur sa susceptibilité à l'égard des médicaments. Cette intolérance serait presque absolue, les médicaments d'usage externe, comme ceux pris à l'intérieur, seraient coupables des mêmes méfaits : troubles divers, malaise, éruptions cutanées, etc.

C'est ainsi que des injections vaginales, faites avec de l'eau boriquée, déterminent un prurit vulvaire des grandes lèvres et des parties supérieures de la cuisse, accompagné d'éruptions polymorphes. L'emploi de l'eau bouillie simple, dans ce cas particulier, est seul toléré.

Par exception, la teinture d'iode en badigeonnages sur la peau n'est la cause d'aucun accident. La médication antidyspeptique (acide chlorhydrique, pepsine, rhubarbe, etc.) à laquelle on la soumet, ne provoque pas davantage de signes d'intolérance.

Quelque temps après son entrée, la malade ayant contracté un rhume, insista pour obtenir une potion calmante. Elle accepta de prendre de la codéine, à l'exclusion de l'opium, de la morphine, du sulfonal, de la belladone, etc., qu'elle savait déjà lui être contraires.

Il fut prescrit 30 grammes de sirop de codéine pour la première fois. La malade n'éprouva aucun malaise. Le lendemain, la même dose fut à nouveau prescrite; un tiers à peu près fut ingéré et vers le milieu de la nuit, la malade fut réveillée par un prurit intense, occasionné par une éruption ortiée sur diverses parties du corps.

Le lendemain, à la visite, les symptômes avaient presque disparu et on ne put constater qu'une légère coloration rouge diffuse de la peau des régions intéressées, avec un fin semis de petits points blanc-grisâtres, vestiges de vésicules desséchées. La face était respectée, le tronc peu atteint et c'était surtout à la face interne des membres supérieurs et inférieurs qu'apparaissait la lésion ; les plis articulaires principalement étaient très envahis et de là, l'éruption allait décroissant, de plus en plus discrète, vers l'extrémité ou la racine du membre. La malade avait d'elle-même cessé d'absorber de la codéine, et plus rien ne survint.

Il avait donc suffi de huit centigrammes de codéine, — le sirop de codéine contient 0 gr. 04 de codéine pour 20 gr. de sirop —, pris en l'espace de plus de vingt-quatre heures, pour provoquer cette toxidermie. Toutefois, on ne peut se défendre d'accorder, dans la pathogénie de ces accidents une place prépondérante aux troubles dyspeptiques nettement accentués chez cette malade.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. TH. ANGER présente le traitement des tumeurs érectiles par des injections coagulantes (liqueur de PIAZZA).

Société de Chirurgie. — MM. MONOD et SCHWARTZ recommandent le procédé de DELBET dans le traitement des kystes hydatiques du foie.

Société médicale des Hôpitaux. — M. WIDAL a observé un cas d'ascite lactescente à leucocytes dont il a pu établir l'origine lymphatique.

Société de Biologie. — MM. ROGER et GARNIER ont constaté le passage du bacille de KOCH, dans le lait d'une femme tuberculeuse, ne présentant pas de lésion mammaire.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'instinct sexuel

M. le Dr FÉRÉ vient de publier sous ce titre un livre extrêmement curieux (1), qui envisage cette intéressante question au point de vue physiologique, pathologique et social et dont la lecture est des plus instructives à bien des égards. Nous en détachons un passage qui répond à cette opinion qu'on cherche beaucoup à répandre actuellement et d'après laquelle la continence constituerait un véritable état antiphysiologique, capable d'engendrer les pires accidents.

« Des sophistes ignorants de l'évolution soutiennent qu'un besoin instinctif ne peut qu'être obéi sitôt qu'il se fait sentir, et que l'obéissance s'impose d'autant plus quand il s'agit de l'instinct sexuel que la nutrition des organes est subordonnée à leur fonction et que la résistance c'est la destruction de l'espèce.

La subordination de la nutrition à la fonction en ce qui concerne les organes sexuels résulte d'une généralisation tout à fait gratuite. Les auteurs les plus autorisés qui ont traité de l'impuissance ne citent pas l'abstinence parmi ses causes (2) ou ne réussissent pas à démontrer son rôle isolé (3).

Les organes sexuels sont autant les organes de l'espèce que les organes de l'individu ; ils conservent leur potentialité indépendamment de l'exercice ; personne n'a vu l'atrophie du testicule chez les continents. De la puberté jusqu'à la vieillesse les testicules continuent à sécréter le sperme sans stimulation et

(1) L'instinct sexuel, évolution et disparition. Chez Alcan.

(2) S.-W. GROSS. *A practical treatise on impotence, sterility and allied disorders of the male sexual organs*, 2e éd. 1887.

(3) F. ROUBAUD. *Traité de l'impuissance et de la stérilité*, 3e éd., 1876, p. 309.

ne perdent pas plus leur fonction que l'ovaire de la puberté à la ménopause, que l'utérus, que les mamelles qui peuvent rester au repos pendant de longues années sans perdre la faculté de répondre à l'appel. Ceux qui sont capables de chasteté psychique peuvent garder la continence sans avoir rien à craindre pour leurs testicules et pour leur fécondité, et ils n'ont rien à craindre non plus pour leur santé, qui ne dépend pas de la satisfaction de l'instinct sexuel. Et le sentiment ne court pas plus de risque que les organes, l'amour ne meurt jamais de besoin, meurt souvent d'indigestion : c'est une remarque qu'on attribue à un juge éclairé par l'expérience, Ninon de Lenclos. La nécessité de l'obéissance immédiate à l'instinct sexuel ne s'impose qu'aux animaux soumis au rut périodique, mais non à l'homme, auquel l'évolution a donné le choix du temps. Et les animaux eux-mêmes sont souvent indépendants des impulsions sexuelles. Les animaux domestiques qui n'ont à lutter ni pour leur défense, ni pour les nécessités de la vie sont remarquables par leur précocité sexuelle. Cependant, bien qu'en général la précocité sexuelle coïncide avec une certaine hyperesthésie on peut souvent priver les animaux domestiques de tout rapport sexuel pendant toute leur existence sans aucun dommage pour leur santé; il suffit de quelques précautions d'hygiène portant sur leur régime et sur l'exercice.

Les médecins compétents qui se sont occupés d'hygiène sexuelle ne mettent pas en doute l'innocuité de la continence (1). Beale, professeur au collège royal de Londres, dit qu' « on ne saurait trop répéter que l'abstinence et la pureté la plus absolue sont parfaitement compatibles avec les lois physiologiques et morales (2) ».

Les habitudes conjugales elles-mêmes n'imposent pas la nécessité des rapports sexuels qui subissent des interruptions naturelles. Sans doute, il y a des maris qui trouvent leur femme trop faible pour allaiter, sans hésiter à lui infliger une nouvelle grossesse quelques semaines après l'accouchement, mais il n'en manque pas qui sont capables de respecter la grossesse et l'allaitement, et ne sont ni malades, ni infidèles. Il n'y a pas de pathologie de la continence, et Acton et Ribbing sont bien autorisés à affirmer que le médecin n'a pas à prescrire de rapports sexuels extra-conjugaux.

Hammond (3) émet à propos de l'hystérie une opinion qui peut s'appliquer à d'autres conditions : « A mon avis, dit-il, la disposition plus marquée des filles à l'hystérie ne tient ni à ce que leur instinct génital n'est pas satisfait, ni à l'activité des organes génitaux ; cette névrose doit être plutôt attribuée à ce qu'il manque un véritable but à ces femmes et à ce qu'elles rapportent constamment toutes leurs réflexions, toutes leurs pensées, toutes leurs sensations à leur « moi »... Les femmes non mariées qui doivent subvenir elles-mêmes à leur entretien ne sont pas plus prédisposées à l'hystérie que les femmes mariées. ».

(1) Seved Ribbing. *L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales*, 1895, p. 88.

(2) L. S. Beale. *Our morality and the moral question, chiefly from the medical side*, 2e éd., 1893, p. 64.

(3) W. Hammond. *A treatise on the diseases of the nervous system*, 7e éd., p. 750.

Chez les dégénérés les préoccupations sexuelles sont souvent en raison inverse de la puissance sexuelle; les nations qui succombent à l'infécondité sont remarquables par la licence de leurs mœurs. Il en est de même chez les individus : on attribue à la préoccupation sexuelle les maux hystériques (1), mais cette préoccupation constitue déjà un symptôme.

Du reste, l'hystérie, pas plus que la chlorose, qui a été attribuée à la diète d'amour, ne manque de stigmates anatomiques qui montrent bien qu'il s'agit d'une maladie somatique (2) et non point d'une maladie mentale essentielle.

L'évolution de l'instinct sexuel aboutit à la chasteté et ceux qui l'ont observée sont les meilleurs époux et les meilleurs parents : ils ont évité les maladies liées à la promiscuité et ils laissent une progéniture exempte de prédispositions au vice et à la dégénérescence. Ils se sont d'ailleurs conformés à leur propre intérêt physique et moral, en évitant les chances des maladies contagieuses transmissibles au conjoint et aux enfants, les chances de stérilité liées à ces maladies et en évitant aussi les risques de la procréation d'enfants illégitimes, d'abandon de la mère, etc. Ceux qui, trompés par leur éducation, ont subi ces déboires, reconnaissent bien qu'ils auraient pu ajourner plus longtemps une satisfaction qu'ils ont cherchée plutôt par un amour-propre mal éclairé que par besoin urgent.

L'éducation a pour but la capacité de maîtriser les instincts. C'est elle qui élève l'homme au-dessus des animaux. Que la chasteté soit le couronnement de l'évolution, personne ne le met en doute en ce qui concerne la femme, qui perd tout droit à l'estime en perdant sa chasteté. L'histoire de l'évolution nous montre que la chasteté s'impose plus péniblement à l'homme, mais ce n'est pas en niant ses avantages biologiques et sociaux et moins encore en lui attribuant des inconvénients qui ne lui appartiennent point qu'on peut espérer la développer.

(*Journal de Médecine*).

A propos de la différenciation des sexes

Le docteur Schenk, professeur à l'université de Vienne et directeur de l'institut d'embryologie, dont le livre sur la différenciation des sexes par l'alimentation de la femme pendant la grossesse a fait tant de bruit, il y a deux ans, vient de prendre un congé illimité, en attendant sa retraite.

Le livre du docteur Schenk avait provoqué un vif mécontentement parmi les professeurs de l'Université qui lui reprochaient d'avoir sacrifié la science à ses ambitions personnelles et d'avoir ainsi diminué le prestige de l'Université. Une enquête

(1) Breuer und Freud. *Studien über Hysterie*. 1895.

(2) Ch. Féré. *Hysteria (Fourthieth century pratics of medicine*, t. V, 1897, p. 551).

disciplinaire instituée à ce sujet vient de conclure à un blâme à l'adresse du docteur SCHENK, et le ministre de l'Instruction publique, sur la proposition du conseil académique, lui a fait entendre qu'il avait à demander sa retraite sinon qu'elle lui serait donnée d'office.

(*Gazette des Hôpitaux*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

1er Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale

Le Comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, qui se tiendra à Paris, du 23 au 28 juillet, a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical ce qui suit :

Une réduction de 50 p. 100 sur les Chemins de fer français et de 30 p. 100 sur la Compagnie Transatlantique sera accordée à tous les adhérents au Congrès, qui auront versé leur cotisation *avant le 20 Juin 1900*.

Les pièces nécessaires pour obtenir cette réduction seront adressées en même temps que la carte de Membre de Congrès, etc., etc.

La durée de validité du billet de chemin de fer *sera de 1 mois*, du 20 JUILLET AU 20 AOUT.

En ce qui concerne les logements à Paris, le Comité s'est préoccupé d'obtenir de différentes agences des conditions spéciales. Des circulaires très explicites et documentées, relatives aux propositions de ces agences, sont actuellement entre les mains des Présidents et Secrétaires des Comités de Patronage français et des Comités nationaux étrangers auxquels les congressistes désireux d'avoir à ce sujet des détails peuvent dès maintenant s'adresser.

Pour adhérer au Congrès, envoyer la cotisation de 15 francs (Membres titulaires) ou de 10 francs (Membres participants) (1) et sa carte de visite au trésorier du Congrès : M. Pierre Masson, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Groupe universitaire d'action contre l'alcoolisme

Messieurs les Etudiants en médecine et en pharmacie sont invités à se réunir, le samedi 10 mars, à six heures, dans l'amphithéâtre n° 1.

MM. le professeur LAMBLING et le professeur agrégé OUI prendront la parole dans cette réunion.

Sont promus dans le cadre des **médecins de l'armée territoriale**, les médecins de la région dont les noms suivent : au grade de *médecin-major de 1re classe :* M. le docteur LEMOINE, professeur à la faculté de médecine ; au grade de *médecin-major de 2e classe :* MM. les docteurs VOITURIEZ, HARLET, de Lille ; BRUNET, de Steenbecque ; SENAME, de Quesnoy-sur-Deûle ; au grade de *médecin aide-major de 1re classe :* MM. les docteurs BOURGOIS, de Tourcoing ; BRULANT, de Vendin-le-Vieil ; LANCIAL, d'Arras ; DELANGLE, de Steenwerk ; MAUPATÉ, de Bailleul ; DARRAS, d'Halines (Pas de-Calais) ; COURMONT, de Lille ; DAILLIEZ, de Cambrai : LECOMPT, de Vendegies (Nord) ; CASSINE, de St-Quentin (Aisne).

Sont promus dans le cadre des **médecins de l'armée de réserve**, au grade de *médecin aide-major de 1re classe* : MM. les docteurs DELASSUS, de Lille ; VANHOUTTE, d'Hondschoote ; WARGNIER, de Crécy (Somme) ; BEHAGUE, d'Arras ; DELBREIL, de Jeumont (Nord) ; GEERAERT, de Dunkerque ; FREMICOURT, de Jaulgonne (Aisne) ; FAIDHERBE, de Roubaix ; LHERBIER, de Roubaix ; JOLAND, de Dunkerque ; GUIBERT, de Lille ; COUVREUR, de Seclin ; SOMBRET, de Gravelines.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Sont nommés : *Officier* : M. le PARINAUD, de Paris. *Chevaliers* : MM. les docteurs MARMOREK, de l'Institut Pasteur ; BAR, agrégé à la faculté de médecine de Paris ; de MOLÈNES, de Paris ; CAVASSE, de Vallauris (Var) ; CLOPIN, de Seurre (Côte-d'Or) ; GAGE, de Pouilly-en-Auxois (Côte d'Or) ; DUCHAMP, de Saint-Etienne (Loire) ; HOURADON, de Figeac (Lot) ; GALUP, de Tonneins (Tarn-et-Garonne).

On été nommés *Officiers d'Académie* : La sœur FORTUNÉE, supérieure des sœurs infirmières ; M. BLAY, étudiant en médecine interne à l'infirmerie du Lycée St-Louis, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GÉRIN-ROZE, médecin des hôpitaux de Paris ; PICARD, de Paris ; L.-H. PETIT, de Paris ; SAUVE, de Mayenne (Mayenne) ; VERRIER, de Forcalquier (Basses-Alpes) ; BOUCHEREAU, directeur de l'Asile Ste-Anne, à Paris ; PEYRAUD, de Libourne (Gironde) ; GOYENÈCHE, de St-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées) ; MASSE, médecin principal de l'armée, en retraite ; HELLES, de Mozère (Ardèche) ; SALMON, sous-directeur de l'Ecole d'anthropologie à Paris ; SARRAUTES, à Laulaguet (Haute-Garonne).

BOECKEL, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, chevalier de la Légion d'Honneur.

LARGILLIÈRE, de Douai. Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er Janvier 1900. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois

(1) Les Membres participants (étudiants en médecine, femmes des congressistes) peuvent bénéficier de la réduction sur les Chemins de fer. Ces membres participants n'auront pas droit aux publications du Congrès.

ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Leur but a été de faciliter la tâche de l'étudiant ; non seulement ils lui donnent sous une forme aussi synthétique que possible la matière des questions qui sont données d'une façon courante, mais ils ont surtout voulu montrer comment, pour faciliter le travail de la mémoire, il est possible de ramener à un plan uniforme presque toutes les questions. Persuadés que l'ordre est la première condition d'un travail fructueux et que beaucoup d'élèves perdent, par le manque de méthode, un temps parfois considérable, ils ont dégagé de l'ensemble des sujets, sous forme de *schéma*, quelques plans types, qui seront comme des *moules* auxquels on pourra adapter telle ou telle question particulière, et qui devront ainsi aider la mémoire dans son travail de recherche.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposées de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En Pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

L'ouvrage, luxueusement imprimé, est illustré de très nombreuses figures originales. Ce sera le guide indispensable à l'étudiant qui commence son stage hospitalier.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

8me SEMAINE, DU 18 AU 24 FÉVRIER 1900

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	11	9
1 an à 2 ans	4	9
2 à 5 ans	3	2
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	3	2
20 à 40 ans	8	9
40 à 60 ans	15	11
60 à 80 ans	23	29
80 ans et au-dessus	5	8
Total	81	83

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	»	»	»	»	3	»	»	»	1	»	6	15	1
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	1	»	»	»	»	2	6	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	15	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	1	4	»	»	1	»	»	»	»	»	6	17	21
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	2	1	4	8	»	»	4	»	»	»	»	»	6	26	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	3	2	1	»	»	2	»	»	»	»	»	7	17	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	3	3	13	2	2	»	»	2	»	»	»	1	»	10	36	19
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	6	9	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	1	2	»	»	4	»	»	»	»	»	4	16	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	7
Total	»	1	1	»	»	»	4	10	38	14	19	»	»	20	»	»	»	2	»	55	164	133

N° 165. Quatrième Année, N° 10. Le Numéro : **10** centimes. 11 Mars 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques réflexions à propos d'un cas de Caféisme chronique,

par le Professeur **F. Combemale.**

Le 30 novembre dernier entrait à l'hôpital de la Charité dans mon service, un chiffonnier, nommé Dh.... Jules, âgé de 55 ans, qu'un éblouissement avait surpris la veille sur la voie publique. Relevé par des passants, pris par la police pour un ivrogne à raison de ses titubations continuelles, il réussit néanmoins, à force de parlementer, à se faire admettre à l'hôpital; en nous racontant, spontanément, le 1er décembre à la visite, l'histoire de ses malheurs, il termine en ajoutant que depuis douze jours la tête lui fait mal d'une façon continue, et qu'il éprouve des douleurs dans les jambes et dans les reins.

L'étiologie du vertige est toujours, à mon sens, chose intéressante à établir; ce symptôme, banal en apparence, dépend de causes si diverses que je chargeai M. CRÉTAL, externe du service, de recueillir l'observation détaillée du sujet, certain d'y trouver le fil conducteur pour l'explication de ce vertige. Voici en substance ce qu'elle m'apprit :

Je vous fais grâce des antécédents héréditaires, qui étaient quelconques; ascendants et collatéraux étaient morts de maladie inconnue. Quant à Dh..., il avait eu dans son jeune âge jusqu'à trois affections pulmonaires, et une pneumonie, guérie en trois semaines, l'avait amené trois ans auparavant à l'hôpital.

Bien que toussant un peu tous les hivers, le chiffonnier ne souffrait d'aucun organe quand, douze jours avant le vertige qui l'avait amené dans nos salles, il commença à éprouver des douleurs vagues dans les jambes et dans les reins, et une céphalée très forte, qui persiste depuis, avec un peu moins d'intensité toutefois ; ces douleurs n'étaient pas continus et s'exagéraient la nuit.

La céphalée est surtout marquée au niveau des tempes et lui donne la sensation d'un casque très lourd, pesant sur la tête. Après un repos de deux ou trois heures, la nuit, le malade se réveille avec cette céphalée atroce, bien plus intense que dans le restant des vingt-quatre heures, et c'en est fini du sommeil vrai ; il commence à rêvasser, souvent réveillé par la douleur des tempes ou par des soubresauts. Dans ses rêvasseries, il voit défiler devant ses yeux, des ombres noires, des animaux apocalyptiques, mais il n'a pas la vision d'animaux se précipitant sur lui pour lui faire du mal, ni de rats qui courent sur son lit par exemple. Les personnages qu'il voit passent devant lui et lui sont quasi indifférents. Sa profession ne joue d'autre part aucun rôle dans les rêvasseries qui tourmentent et entrecoupent son sommeil.

Les douleurs dans les jambes et au niveau des reins sont des tressautements, des crampes, plutôt que des névralgies. Les points de WALLEIX n'existent pas. Cependant la moindre pression des mollets fait pousser des cris au malade. Les douleurs sont profondes, intra-musculaires; le frôlement de la peau, sa piqûre, ne sont pas suffisants pour le réveiller ; elles sont cependant très violentes, au point que le malade ne peut rester assis sur son lit. Il n'existe d'autre part aucun trouble de la sensibilité cutanée et de la trophicité dans ces régions. Il est notable que ces douleurs n'existent ni aux membres supérieurs ni dans tout autre point du corps.

Intrigué par les points capitaux de cette observation peu commune : céphalée en casque, insomnie, excitabilité musculaire limitée aux membres inférieurs, le tout traversé d'un vertige, M. CRÉTAL pratiqua avec méthode, mais sans résultats apparents, l'examen des organes. Au système nerveux, il constata tous les réflexes normaux : le patellaire, le pharyngien, le cornéen étaient conservés,

comme l'abdominal, le crémastérien; il y avait du myoïdème cependant. La sensibilité de la peau était normale partout ; il n'existait pas de tremblement des mains, pas de tremblement intentionnel; il n'y avait aucun stigmate d'hystérie; seule la pression de la tête était un peu douloureuse.

L'épreuve de la marche était moins négative, si l'on peut dire : le malade marchait avec quelque difficulté d'abord, geignant de mouvoir ses muscles, levant la jambe d'une seule pièce et traînant le pied contre le sol, comme s'il y était adhérent; mais au bout de quelques vingt pas les douleurs disparaissaient et les jambes se mouvaient plus facilement. A noter l'absence du signe de ROMBERG.

Du côté des poumons, bien que le malade tousse un peu, l'expectoration est très peu abondante; la sonorité est un peu exagérée en avant, mais les vibrations thoraciques sont normales: à l'auscultation, l'inspiration est légèrement humée, l'expiration un peu prolongée; mais tous ces signes d'emphysème sont peu nets, au reste les mêmes signes se retrouvent en arrière.

Au cœur, à l'en croire, il n'a jamais de palpitations, en tous cas, il n'existe ni lésions d'orifice ni tachycardie ; le pouls est à 76, la tension mesurée au sphygmomanomètre de POTAIN, de 18; les artères ne sont pas dures, aucun signe d'artériosclérose.

Quant au foie, normal, commençant à deux travers de doigt au dessous du mamelon, il ne déborde pas les fausses côtes.

Il n'y a d'autre signe pour soupçonner une lésion du rein, qu'un peu de pollakiurie.

Questionné enfin sur les intoxications et les infections les plus fréquemment rencontrées dans le milieu hospitalier, la syphilis et l'alcoolisme, le malade avait nettement nié l'un et l'autre, affirmant très énergiquement qu'il ignorait le petit verre et qu'il était indemne de la vérole.

En présence de ces affirmations catégoriques, qui laissaient même l'impression d'une offense faite au malade, par notre insistance à vouloir le convaincre d'ivrognerie, mais reconnaissant néanmoins la griffe d'une intoxication dans les accidents neurasthéniformes relatés plus haut, j'avais posé la question suivante dès le premier jour : « A votre lever que prenez-vous » ? Et il m'avait été répondu : « du café ».

Sur le champ j'avais reconstitué dans mon esprit le type clinique de l'intoxication caféique, tel que GUELLIOT (de Reims) (1) l'a décrite, voici une quinzaine d'années. La maigreur squelettique de tout le corps, la face pâle, tirée, ridée, qu'animaient des yeux vifs et brillants, le léger tremblement des lèvres, qui caractérisent ces intoxiqués, mon malade les présentait; les tressautements musculaires, les névralgies, symptômes ordinaires du caféisme, il n'était question que de cela dans les plaintes émises par le malade; le vertige, qui nous avait amené le malade, pouvait avoir cette origine, telle fut ma conclusion immédiate.

Une fois sur la piste de cette cause étiologique, j'appris sans difficulté que, tout chiffonnier qu'il était, le malade buvait en effet, en excès, du bon café et non du café de chicorée; plusieurs maisons bourgeoises de Lille des plus cossues lui réservaient quotidiennement le marc du café de la table des maîtres; de ce marc non épuisé, — il s'en faut, ajoutait-il, — bouilli en masse par ses soins, il faisait un breuvage, dont il buvait à jeun le matin et dans la journée au moins un litre; quand il y avait eu grand dîner dans les maisons qui fournissaient le marc, la récolte était meilleure, la liqueur plus concentrée, la satisfaction à déguster plus intense. Depuis plusieurs années, Dh..., d'abord par accident, ensuite d'une façon continue, donnait ainsi libre cours à sa gourmandise pour la « boisson intellectuelle ». Cet aveu si franc, opposé aux dénégations si vives lorsqu'on le soupçonnait d'alcoolisme autorisait à ne pas aller plus loin et à rapporter au caféisme chronique, les crampes, la céphalée, les névralgies lombo crurales ainsi que le vertige.

Durant les quinze jours qu'il séjourna à l'hôpital, Dh... prit du bromure de potassium, à raison d'un gramme par jour. Peu à peu la névralgie lombaire et les tressautements musculaires des jambes diminuèrent ; dès le quatrième jour le sommeil de plusieurs heures consécutives était revenu, seule la céphalée persistait ; lorsqu'il quitta l'hôpital, elle n'était pas encore complètement disparue ; quant à la tension artérielle, elle avait à peine varié, 17 au lieu de 18 au sphygmomanomètre. Averti de la cause de ses maux, le malade n'a pas paru bien convaincu de la nécessité de réformer son genre de vie, et il sortit le 15 décembre ; nous n'avons plus eu depuis de ses nouvelles.

Le fait clinique que je viens de rapporter est plein d'intérêt et d'enseignements. Je n'insisterai, légèrement d'ailleurs, que sur quelques-uns.

Il me permet d'abord d'attirer l'attention sur un fait qui passe souvent inaperçu, mais dont la réalité est flagrante : l'intoxication chronique par le café dans notre région.

Chez les femmes qui, si souvent, s'hospitalisent pour de vagues douleurs dans les jambes, et que le repos et l'abstinence du « petit noir » mettent sur pied en quelques jours, combien de fois ne s'agit-il pas du caféisme chronique inconscient ? Le médecin diagnostique des varices profondes, quand il n'en voit pas de superficielles, il accuse l'alcool qui n'est pas toujours en jeu, il soupçonne l'artériosclérose parfois absente, il affirme le surmenage ou neurasthénie, cette maladie « à tout faire » ; une courte enquête sur les habitudes caféiques d'un sujet qui ne se méfie pas lui livrerait souvent le secret de la céphalée, des névralgies, de la dyspepsie avec vertige qui a amené la malade à l'hôpital. La coutume si répandue dans la région, même parmi la classe ouvrière, de prendre du café deux et quatre fois par jour, légitime du reste cette enquête auprès de chacun de ces cas cliniques sans précision, qui fourmillent dans nos hôpitaux et que nous trouvons aussi dans la clientèle : il faut se souvenir en effet que la moyenne annuelle et individuelle de café dépasse 4 kilogs pour la Belgique, alors qu'elle est de 800 gr. seulement pour la France, et que sous ce rapport le français du département du Nord est bien près d'être belge. Ces chiffres empruntés à FONSSAGRIVES datent de vingt ans ; néanmoins la proportionnalité est conservée, suivant toute apparence. Le caféisme, cause étiologique importante de malaises mal définis mais fréquents, est donc à retenir. J'ai acquis la certitude, en observant et questionnant les malades de mon service, qu'elle entre en ligne de compte dans notre région bien plus souvent qu'on ne le pense.

En second lieu, le vertige qu'a présenté notre malade mérite aussi qu'on s'attarde un peu à une récente opinion

(1) GUELLIOT. — *Union Médicale du Nord-Est*, 1885.

émise sur sa pathogénie. Au VIII[e] Congrès italien de médecine interne de 1897, lors de la discussion de l'une des questions posées, des névroses cardiaques, il fut démontré par plusieurs orateurs que l'abus du café simule à s'y méprendre les névroses du cœur et engendre des vertiges. Depuis lors, dans un très suggestif article, M. Viaud (1), fort de son observation personnelle et des opinions soutenues et accueillies par ce Congrès italien, affirme que tous ceux qui usent habituellement du café ont de la bradycardie, conséquemment du vertige, et que la dénomination de vertige caféinique pourrait être donnée au vertige stomacal; il n'entend parler bien entendu que du vertige stomacal proprement dit, existant seul, habituel et suffisamment fréquent pour que le médecin soit consulté, écartant ainsi le vertige de Ménière, le vertige nicotinique, le vertige neurasthénique et les vertiges satellites d'un état pathologique ou physiologique bien déterminé. Exerçant dans le département de la Manche où parmi les terriens et les marins, le café se prend à tous les repas, sous forme de soupe même le soir, se vend dans les débits de boissons exclusivement avec l'alcool, est donné même aux nourrissons au moment du sevrage, M. Viaud en arrive, en éliminant intentionnellement les buveurs d'alcool, à constater ceci, que « tous les consommateurs de café ont le pouls lent, de 40 à 60 pulsations par minute, que quelques-uns crachent le matin sans effort quelques glaires, qu'un petit nombre ont un poids à l'estomac, que quelques autres ont des symptômes d'hypersthénie gastrique avec un peu de pyrosis. Ces symptômes sont si peu accusés qu'ils ne s'en plaignent pas »; leur mal, disent-ils, est dans la tête, et non dans l'estomac : vertiges, bourdonnements d'oreilles, nuages devant les yeux, sensation de chute sans chute, voilà ce qu'ils éprouvent et ce qu'ils appellent des étourbillonnements. Or, les étourbillonnements ne sont rien autre chose que le vertige stomacal, le vertigo a stomacho læso de Trousseau et M. Viaud, d'après des recherches prolongées durant cinq ans a vu que dans tous les cas de vertige stomacal il y avait abus du café, et par contre il n'a jamais constaté de vertige stomacal chez les abstinents du café. Le conseil de Robin disant aux vertigineux : « Faites comme premier déjeuner un repas absolument sec ; je ne sais pourquoi, mais il est certain que vous vous en trouverez bien » vient au reste à l'appui de cette conception de M. Viaud, puisqu'un repas sec entraîne l'abstinence de café. La conclusion que le vertige a stomacho læso est un accident d'intoxication caféinique s'impose donc. Pour ma part je l'accepte très volontiers, parce que chez nombre de femmes adonnées au café, j'ai en effet retrouvé ce syndrome ; je ne puis dire cependant qu'on le rencontre chez toutes.

(1) Viaud. Le vertige stomacal et le caféisme, *Tribune médicale*, 1897, p. 928.

D'autre part, à vrai dire, au lendemain de son vertige, mon malade n'avait pas de bradycardie, et je ne pourrais affirmer qu'il en avait avant ; son vertige n'était donc pas stomacal, semblerait-il, puisque la bradycardie en est, d'après M. Viaud, un élément nécessaire; mais son vertige fut bien caféinique tout de même ; MM. Gilles de la Tourette, Mendel, dont nous allons rapporter l'opinion, ne font pas de la bradycardie un symptôme constant du caféisme; mais ils signalent avec insistance le trouble apporté dans le muscle cardiaque dont le système nerveux semble déséquilibré, ses battements étant faibles, inégaux, irréguliers même, — on dirait d'une myocardite même parfois à mon sens. Sous cette influence, le trouble circulatoire bulbaire, qui engendre le vertige stomacal et qu'entretient le caféisme, peut être permanent et donner lieu à des manifestations permanentes ; des organismes cependant peuvent se présenter qui liquident en un vertige plus ramassé, en un éblouissement, un passé gros de menaces avortées ; le ralentissement permanent du pouls n'est pas, à mon sens, nécessaire pour ces éclats ; une bradycardie passagère suffit, comme dans la maladie de Stokes-Adam un ralentissement accidentellement plus marqué du pouls détermine l'attaque épileptiforme. C'est la pathogénie que j'ai adoptée pour le grand vertige isolé du caféisme opposé au vertige stomacal permanent.

La conception de M. Viaud me semble digne d'autre part d'être accueillie, et je ne lui veux pas d'autre correctif que celui que je viens d'indiquer rapidement.

Il est encore une remarque que comporte l'observation ci-dessus et que je saisis l'occasion de signaler : c'est l'opposition qui existe entre le caféisme aigu et le caféisme chronique : le premier est tout d'excitation, je n'en veux pour preuve que l'impressionnabilité, l'insomnie, l'irascibilité, la mobilité des idées ; le second donne au contraire l'impression d'une neurasthénie dépressive. L'observation suivante, empruntée à Müller (1), et condensée en quelques lignes, traduit au reste l'intoxication aiguë.

Un musicien âgé de 25 ans, buvant habituellement du café passablement fort, absorbe un jour quatre tasses d'un café extraordinairement concentré; trois heures après l'ingestion, la face et la tête sont congestionnées, couvertes de sueur, la pupille est normale et réagit, mais on note un tremblement violent des extrémités, un pouls et une respiration fréquents, des nausées, de l'hébètement et de l'agitation. La glace, la morphine, le bromure amènent la guérison le lendemain.

La description qui suit, empruntée à Mendel (2), est au contraire le tableau fidèle de ce qu'éprouvent les malades qui souffrent du caféisme chronique : « ils se plaignent de » faiblesse générale, de dégoût pour le travail, de tristesse,

(1) Müller. Therapeutische Monatshefte, 1890.

(2) Mendel. De l'abus chronique du café, Berliner klinische Wochenschrift, 1889.

» d'insomnie; cet état neurasthénique cesse momentané- » ment lors de l'ingestion d'une dose de café fort pour » recommencer après. Il y a en outre une diminution » notable de la force musculaire. Les malades se fatiguent » vite, ne peuvent plus soulever de charges, souvent même » les travaux de ménage, l'écriture, la lecture, la couture » ne deviennent possibles qu'au prix des plus grands » efforts; les mains tremblent même au repos. Le pouls » devient rapide, petit et irrégulier, les malades se plai- » gnent de palpitations, d'oppressions et d'angoisses, d'une » sensation de froid dans les extrémités; ces phénomènes » s'accompagnent de dyspepsie nerveuse, de constipation » opiniâtre ». Voilà certes un tableau bien sombre, il n'est cependant pas poussé au noir au dire de MENDEL, qui le donne pour l'expression exacte de ce qu'il observe à Essen, ville industrielle, où la cafetière trône en permanence sur la table dans la classe ouvrière, au point que des femmes consomment pour leur usage personnel plus d'une livre de café par semaine, ce qui représente environ 0 gr. 60 de caféine par jour.

Les accidents qu'une caféinisation thérapeutique intense ou continue peut procurer, n'ont pas, que je sache, été encore avoués par les médecins imprudents qui y exposent leurs malades; il y a lieu néanmoins de connaître l'aspect du caféisme chronique pour le dépister chez les malades qui usent de ce remède depuis quelque temps ; à ce seul titre, je devais reproduire la description de MENDEL. L'opposition si frappante des symptômes de l'intoxication aiguë et de l'intoxication chronique n'en a pas moins aussi son intérêt. C'est ici le lieu de faire remarquer que l'action cardiotonique demandée à la caféine occupe dans les deux cas une place secondaire du tableau clinique ; tenter l'explication de ce paradoxe apparent m'entraînerait trop loin, aussi je m'en abstiendrai,

J'esquisserai par contre une réponse, à la question posée par M. LE GENDRE à l'occasion de deux observations typiques de caféisme chronique présentées par MM. GILLES DE LA TOURETTE et GASNE (1), à la Société médicale des Hôpitaux. M. LE GENDRE demandait si dans ces accidents c'est la caféine qu'il faut incriminer, ou bien l'huile essentielle, la caféone. Or, l'insomnie que provoque la caféine en injections hypodermiques chez un cardiaque par exemple, permet d'affirmer que c'est elle surtout qui, dans l'intoxication aiguë, donne les accidents. D'autre part, le fait que la kola, le thé, d'où industriellement on retire la caféine et qui ne contiennent pas de caféone, amènent des phénomènes neurasthéniformes identiques à ceux que nous avons étudiés, et que pour peu qu'on soit prévenu chacun peut constater, semble juger complètement la question : la caféone peut aider à l'excitation de l'ivresse caféinique, comme les essences dans certaines préparations alcooliques ; mais le caféisme chronique est le fait de la caféine, comme l'alcoolisme est le fait de l'alcool ; les essences, caféone et absinthe, pour continuer la comparaison, donnent seulement une couleur spéciale à l'intoxication.

(1) GILLES DE LA TOURETTE ET GASNE, Soc. médicale des hôpitaux, 12 juillet 1895.

Pour terminer ces réflexions, je dirai, avec MENDEL, que le café n'est pas un fortifiant, mais un excitant, qu'il n'abandonne aucun élément nutritif à l'économie, qu'il active au contraire la dépense de l'albumine ; c'est du reste ce que GUIMARAES (1) avait nettement démontré, en substituant du café à l'eau de boisson de plusieurs chiens ; l'inanition était rendue plus rapide, la dénutrition et la perte de poids étaient augmentées. Pour être complet et sincère, il convient d'avouer que de ce fait il n'y a que demi-mal si l'alimentation est exclusivement carnée, car le café à forte dose provoque la consommation de viande dans de très grandes proportions ; mais lorsque l'alimentation ne comprend au contraire que des substances hydrocarbonées, la désassimilation est plus active sans mouvement compensateur d'assimilation. Comme dans la classe ouvrière, ce dernier cas est constant, le café a donc, en réalité, cette action de dépense, et ce n'est pas un aliment d'épargne, si tant est qu'il existe des aliments de cet ordre.

J'arrêterai là les réflexions que m'a suggérées ce cas de caféisme chronique : à l'inverse des intoxications alcoolique, nicotinique, etc., le caféisme guérit vite ses manifestations bruyantes ; c'est le dernier mot que je veux placer sous le couvert de cette observation ; mais cela ne veut pas dire que la récidive ne soit pas fréquente ; le « qui a bu boira » s'applique aussi bien au café qu'à l'alcool.

Castration pour cure radicale de grosse hernie

Par le Médecin principal **Moty**, Médecin-chef de l'hôpital militaire, Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

M., préposé des douanes, 52 ans, entre le 6 décembre 1899, à l'hôpital militaire de Lille, pour hernie inguinale droite intestinale, datant de 20 ans, survenue sans cause connue, remplissant le scrotum et faisant disparaître la verge dans les replis de peau qu'elle attire à elle. La hernie est à peu près réductible dans le décubitus horizontal, elle paraît être extra-vaginale, car le testicule ne suit pas son mouvement de réduction, et non adhérente puisqu'elle se réduit et se reproduit brusquement. L'orifice herniaire présente environ le diamètre d'une pièce de 5 francs ; il n'y a jamais eu d'étranglement, pas de sucre dans les urines.

Le 9 décembre, cocaïnisation superficielle et profonde, longue incision parallèle à l'arcade, ouverture du sac, réduction des viscères, isolement du collet du sac assez difficile en raison de ses grandes dimensions, section du collet entre deux ligatures au catgut, et fermeture de l'orifice herniaire par quatre points de suture en x avec du gros catgut. Surjet complémentaire sur l'aponévrose du grand oblique ; l'épiploon ne s'est pas présenté. Je renonce

(1) GUIMARAES. De l'usage et de l'abus du café, Archives physiologie, 1883, t. I, p. 312.



à disséquer immédiatement l'énorme sac scrotal vidé et fermé par une ligature et je me borne à suturer la peau par un surjet aux crins de cheval, renforcé de trois points enchevillés.

Suites simples; mais le sac resté en place se remplit de liquide et forme bientôt un volumineux kyste du cordon presque aussi gros que la hernie — pour en finir, je propose au malade de lui enlever sac et testicule et le 26 décembre, sous le chloroforme, je procède à cette opération complémentaire; la plaie de la première intervention est déjà réunie; j'incise verticalement en partant de deux doigts au-dessus et à droite de la symphyse pubienne et en descendant jusqu'au fond du scrotum, j'ouvre le kyste herniaire qui contient un liquide clair, jaune verdâtre, et je le décortique avec facilité en raison de l'épaisseur de de ses parois (2 à 3 millimètres) jusqu'à son point de ligature; je le sectionne en ce point en laissant en place son moignon, jouvre la vaginale, je relève le testicule et le cordon que j'isole jusqu'à l'anneau; les vaisseaux sont séparés en trois faisceaux que je lie isolément au catgut et que je sectionne au thermocautère le plus haut possible; je place un large surjet de catgut de la partie externe de la ligne blanche ou ligament de POUPART, de manière à consolider l'obturation de l'orifice qui livre passage au moignon du cordon, enfin je réunis la peau comme plus haut en laissant un petit drain.

1er janvier, ablation du drain.

3 janvier, première selle.

4 janvier, ablation des sutures superficielles, un point de suppuration à la partie supérieure de l'incision, pansements au sublimé et au salicylate de bismuth.

La suppuration cesse avec l'élimination d'un fil de catgut et le malade sort le 21 janvier avec une paroi restaurée satisfaisante. Il n'a pas porté bandage depuis cette époque.

La cure des grosses hernies présente évidemment des difficultés beaucoup plus considérables que celle des petites; il n'y a plus de canal inguinal, le fascia transversalis a été refoulé en dedans, l'aponévrose du grand oblique en dehors et le trajet oblique parcouru par le cordon s'est transformé en un large anneau.

Nous estimons que tant que la hernie est réductible dans le décubitus, la cure radicale est possible; les efforts du chirurgien doivent avoir pour but de fermer l'abdomen par un plan péritonéal (ligature du collet du sac et un plan musculo-aponévrotique en disposant les sutures, de manière à ramener le fascia transversalis en dehors et à faire descendre le bord inférieur du petit oblique le plus bas possible; les points en x au catgut remplissent parfaitement ce but et donnent une suture d'une grande solidité immédiate; un surjet à larges mailles rapprochées est ensuite placé sur l'aponévrose du grand oblique qu'il attire au devant des expansions de la ligne blanche de manière à soutenir le plan profond.

Comme je le disais, le résultat immédiat est bon, mais la nécessité de ménager un passage au cordon, expose à des récidives ultérieures; on a bien proposé de dégager le testicule, de le passer dans la couche celluleuse sous-péritonéale et de le ramener au dehors, par une boutonnière pratiquée dans la paroi immédiatement au-dessus de la symphyse, mais c'est une opération compliquée, difficile à exécuter quand l'abdomen est distendu par une masse viscérale qu'il ne contenait plus depuis de longues années et c'est pourquoi dans ces grosses hernies anciennes, surtout quand le patient a dépassé la cinquantaine, je crois qu'il faut conseiller la castration du côté malade; le procédé qui offre le plus de garanties et son exécution ne présente aucune difficulté.

Dans le cas qui fait le sujet de notre observation il eut sans doute mieux valu chloroformer le malade et en finir d'un seul coup et c'est la conduite que je me propose de tenir à l'avenir en face d'un cas semblable.

Epilepsie et maladies intercurrentes,

Par MM. G. Raviart et Ch. Leuridan,
Internes à l'Asile des aliénés de Bailleul.

Febris spasmos solvit (*Hipp.*).

De loin en loin, les observateurs publient des cas où les crises cessèrent chez des épileptiques lors de l'apparition d'une maladie, le plus souvent fébrile; en 1892, M. le professeur COMBEMALE publia quelques observations d'épileptiques chez lesquels une variole arrêta les crises (1). Nous avons cru qu'il était intéressant de relever les faits de ce genre dans un service aussi important que le quartier des épileptiques de l'Asile de Bailleul.

La **Grippe** exerce sur l'épilepsie une influence évidente, nous n'en avons guère eu d'exemple cette année, le quartier n'ayant été que fort peu éprouvé, mais lors de la fameuse épidémie de 1889, 22 épileptiques furent grippées, or pendant environ quinze jours qu'elles furent confinées au lit, pas une seule n'eut de crise alors que bon nombre d'entre elles tombaient tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

OBSERVATION. — Une seule malade en ce moment est atteinte de grippe; c'est la nommée Dub..., âgée de 70 ans, elle est dans le quartier depuis 16 ans et tombe fréquemment en accès d'une grande violence. Elle a chaque jour de nombreux vertiges.

Atteinte de grippe depuis 15 jours, elle n'a encore présenté aucun accès ni vertige.

La **Fièvre typhoïde** amena dans le cas suivant la suspension des accès.

OBSERVATION. — C..... Jeanne, 17 ans, est admise à l'asile en juillet 1898 parce qu'elle tombe d'épilepsie. Son père est mort à 50 ans d'une affection que nous ignorons, il n'était pas alcoolique. Sa mère est morte des suites de l'accouchement de notre malade. Sa sœur est morte de méningite à 11 ans.

C..... eut la rougeole à 7 ans, la première attaque

(1) COMBEMALE, L'aphorisme «febris spasmos solvit» devant la variole. *Soc. cent. Méd. du Nord*, 23 Décembre 1897.

d'épilepsie remonterait à l'âge de 10 ans. Depuis cette époque, elle tombe régulièrement en attaques complètes, une fois au moins par semaine et lorsqu'un léger retard se produit dans la succession de ces crises, deux attaques se succédant à quelques heures d'intervalle viennent en quelque sorte rétablir l'équilibre.

Avant chaque attaque, elle est chagrine, se plaint d'un vague malaise général. Les règles, régulières et abondantes, durent quatre à cinq jours, pendant lesquels la malade ne tombe jamais.

Le 28 novembre 1899, elle eut une crise, la dernière avant sa fièvre typhoïde, huit jours après elle commença à se plaindre d'une céphalée que l'entourage mit sur le compte de l'arrêt des crises, d'autant que ces dernières n'avaient pas reparu au bout de quinze jours, c'est alors que la fièvre fut constatée et que la malade se plaignit de courbature, de douleurs dans les jambes, puis au niveau des reins. Elle entra alors à l'infirmerie et pendant les jours qui suivirent elle présenta les différents symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde : ventre ballonné, gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches rosées, selles liquides et fétides, enfin courbe typique de la température.

La maladie ne fut pas trop grave, la température ne dépassa pas 40° et la convalescence fut rapide, au point que le 31 décembre, soit 28 jours après l'apparition des premiers symptômes, la malade pouvait être soumise au régime général Le 3 janvier elle avait une attaque. Elle était donc restée du 28 novembre 1899 au 3 janvier 1900, soit 35 jours, sans tomber.

Il est intéressant de voir que la suppression des crises devança les premiers symptômes apparents de la fièvre typhoïde et que la réapparition suivit de très près, 3 jours, le rétablissement complet.

Cette première crise fut très complète, plus violente que d'ordinaire, la malade s'endormit sitôt après durant une demi-heure et elle avait eu une miction très abondante dans ses jupons, chose qui ne lui était jamais arrivée précédemment.

La malade a eu six attaques en janvier et autant en février. La fréquence de ses crises est redevenue normale, mais la violence en est accrue, et une fois sur deux la malade urine sous elle alors qu'elle ne le faisait point auparavant.

L'**Embarras gastrique fébrile** est susceptible d'avoir cet effet chez les épileptiques. En voici un exemple :

OBSERVATION. — M..... Marie, âgée de 30 ans, tombe tous les huit jours depuis treize ans, mais elle fit l'année dernière un séjour de quatre mois à l'infirmerie pour embarras gastrique fébrile; elle ne tomba pas pendant ce temps. Cette malade est sujette aux angines et celles-ci retardent toujours plus au moins l'apparition de ses crises.

L'**Angine** exerça également une influence fort nette sur les crises dans le cas suivant :

OBSERVATION. — T..... Marie, 26 ans, accès d'épilepsie depuis quatre ans et demi, a plusieurs crises par semaine, une angine apparaît et dure huit jours pendant lesquels il n'y a pas de crise. L'angine finie, la malade a trois vertiges et un accès très violent dans la même journée et, pour la première fois, elle urine dans ses jupons.

L'**Ictère** a été chez plusieurs malades cause de la suspension et même de la suppression des attaques.

OBSERVATION. — L., Victorine, 46 ans, tombe d'épilepsie depuis sept ans, elle a régulièrement deux attaques par semaine. Elle eut un peu de fièvre, des troubles gastro-intestinaux. Un ictère enfin se montra. La malade resta couchée quatre semaines et demeura tout ce temps sans tomber; depuis elle retombe plus souvent qu'habituellement.

Dans l'observation suivante, l'ictère semble avoir causé la suppression des crises.

OBSERVATION. — V..... Philomène, 44 ans, resta pendant quinze ans dans le quartier des épileptiques et elle présenta durant ce temps des crises d'hystéro-épilepsie une fois au moins par mois ; chacune de ces crises était suivie d'agitation. En 1892, elle fait un ictère qui la tient quatre mois couchée. Elle ne présenta pas de crise durant sa maladie et elle n'en a plus présenté depuis. Néanmoins, elle est fort agitée.

Ainsi donc, une malade présente pendant quinze ans des crises hystéro-épileptiques, lesquelles, à la suite d'un ictère prolongé, disparaissent d'une façon définitive.

La **Scarlatine** et la **Variole** ont suspendu les crises dans l'observation suivante :

OBSERVATION. — Dev.., Sidonie, 38 ans, tombe d'épilepsie depuis l'âge de sept ans ; elle présente à peu près régulièrement deux séries d'une dizaine de crises, mensuellement. A 28 ans, elle fait la scarlatine et reste six semaines sans tomber. A 30 ans, elle contracte la variole, et reste encore six semaines sans présenter d'accès.

L'**Erysipèle**, même lorsqu'il est bénin, suspend les crises épileptiques : c'a été le cas chez plusieurs malades qui tombaient cependant tous les jours. La nommée Dem... sujette environ trois fois par an à l'érysipèle, ne tombe pas pendant qu'elle en est atteinte.

La **Tuberculose** semble exercer sur les crises d'épilepsie une très grande influence, et on peut presque dire que, au fur et à mesure qu'elle fait des progrès, les crises diminuent et finissent par disparaître.

Sur 61 décès constatés en 4 ans dans le quartier des épileptiques, on relève 43 cas de mort à la suite de crises sub-intrantes, les 16 autres sont dus à la tuberculose ; et dans ces derniers cas, il y a six mois ou un an que les malades ne tombent plus lorsqu'elles succombent aux progrès de la phtisie.

Observation. — La nommée L... , âgée de 26 ans, est dans le service depuis huit ans, et elle est sujette à des accès d'épilepsie franche d'une fréquence extraordinaire, c'est ainsi que dans les registres où sont consignées avec le plus grand soin les crises présentées par les malades, nous relevons deux ou trois cents crises par mois en 1898 et au commencement de 1899 pour ce qui la concerne.

Elle commence à tousser il y a environ un an et on constate qu'à mesure que sa tuberculose s'aggrave le nombre de ses crises diminue. Elle n'est pas tombée une seule fois depuis deux mois.

Les observations qu'on vient de lire sont intéressantes et, on le voit, très démonstratives. Les différentes maladies infectieuses, exercent une action d'arrêt sur les crises épileptiques, mais cette action, sauf, dans un cas des plus curieux, cesse avec la maladie infectieuse elle-même, et la malade a ensuite de nouveaux accès plus violents et souvent plus fréquents qu'avant sa maladie, de sorte qu'on peut dire qu'elle rattrape le temps perdu. Ce fait ne nous encouragera pas par conséquent à donner (comme on l'a proposé en Angleterre, croyons-nous) à nos épileptiques une affection fébrile, l'érysipèle, par exemple, pour les guérir de leur triste infirmité.

Ce sont des faits que nous avons voulu simplement rapporter aujourd'hui ; nous nous garderons bien d'en tenter l'explication.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des sciences. — M. Arloing a expérimenté le sérum du charbon symptomatique. Ce sérum n'agit que s'il intervient très rapidement après l'infection.

Académie de médecine. — M. Pinard. L'appendicite peut se rencontrer chez les femmes enceintes à toutes les périodes de la grossesse. Elle revêt souvent une allure très grave, et l'intervention doit être précoce.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Mars 1900

Présidence de M. Looten, président.

Néphrectomie pour Hydronéphrose.

M. Carlier présente le rein d'une malade opérée en novembre 1899 pour une hydronéphrose considérable. La tumeur occupait tout l'hypocondre et le flanc droit.

L'intérêt de cette pièce réside d'abord dans le grand développement de la poche kystique qui atteint le volume d'une tête d'adulte, et la multiplicité de petites poches kystiques. Il n'y avait guère qu'une toute petite portion de tissu rénal sain. De plus, l'uretère, accolé à la poche, était tiraillé et aplati par l'énorme développement de la poche, de sorte que le liquide ne pouvait s'évacuer. Avant l'opération, le dosage de l'urée dans l'urine était de 14 grammes par litre. Dans le liquide hydronéphrotique il y en avait à peine 1 gr. par litre. De plus, l'injection de bleu de méthylène, colorant l'urine deux heures après l'injection, n'avait nullement coloré le liquide de la poche qui était resté limpide comme de l'eau de roche.

M. Carlier insiste sur la pathogénie de l'hydronéphrose, montrant dans le rein flottant une cause fréquente d'hydronéphrose et rapporte cinq observations à l'appui de sa thèse. Il appuie enfin sur les raisons qui l'ont déterminé à pratiquer la néphrectomie, tandis qu'actuellement on est tout aux interventions conservatrices ; ces raisons sont la grande dimension de la poche principale, la multiplicité des petits kystes, la non élimination du bleu par ce rein.

Répondant ensuite à une demande de M. **Moty**, M. Carlier montre qu'il est plus avantageux et plus facile d'aborder le rein par la voie lombaire. Il est aussi plus facile de décortiquer la poche du péritoine avant de la ponctionner ; de plus, par ce procédé opératoire, on reste toujours extra-péritonéal.

M. Lambret demande alors si le tissu rénal paraissant sain n'aurait pas pu fonctionner après la ponction de la poche.

M. Carlier ne met pas en doute une pareille possibilité, mais dans ce cas, le malade aurait été exposé à une récidive plus ou moins lointaine. Il a souvent constaté, en effet, qu'après avoir incisé d'énormes poches rénales suppurées ou non, sans néphrectomie, le pansement était souillé le lendemain de l'opération par une sécrétion rénale antérieurement abolie.

M. Charmeil rappelle à propos de la non coloration en bleu du liquide de la poche, les expériences d'Heidenhain. Celui-ci a constaté dans des cas analogues, la coloration de l'épithélium rénal, tandis que le liquide restait limpide.

M. Carlier conclut la discussion en rappelant que le liquide hydronéphrotique n'était pas identique à l'urine, il contenait à peine 1 gramme d'urée. De plus il constate qu'en général, la néphrectomie est pratiquée dans les cas de grosses hydronéphroses.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre postérieur

M. Carlier présente un malade opéré pour rétrécissement traumatique de l'urèthre postérieur, chez lequel il a enlevé le tissu cicatriciel uréthral (observation publiée dans *l'Echo Médical* du 4 mars 1900).

M. Moty, à ce sujet, rappelle que l'étiologie des lésions de l'urèthre membraneux est très vague. Il fait jouer, pour sa part, un rôle important à la contraction musculaire, pouvant être considérable à la suite d'un traumatisme, et aussi la poussée violente produite pas le sol.

Calcul appendiculaire

M. Potel présente un appendice, récemment enlevé par le professeur Dubar, pour appendicite avec abcès péritonéal, qui contenait un calcul poli et dur, gros comme un haricot. La dilatation de la poche appendiculaire et la perforation en sont aussi dignes d'attention. Le sujet, libéré du service militaire en Tunisie, avait, souffrant déjà, regagné ses foyers sans autre accident.

Réflexions à propos d'un cas de caféisme chronique

M. Combemale rapporte l'observation de caféisme chronique que contient le présent numéro de *l'Echo Médical du Nord*, et présente quelques réflexions à ce sujet.

Cette communication entraîne une importante discussion à laquelle prennent part MM. Charmeil, Ingelrans, Gaudier, Moty, Potel.

M. Charmeil montre qu'outre les vertiges, les douleurs musculaires, l'asthénie du caféisme chronique, il existe dans cette intoxication chronique des troubles constitués par du prurigo, très fréquemment observé chez les vieilles femmes. Il est avéré que certains individus sont plus sujets que d'autres à présenter les symptômes d'une intoxication chronique, et M. Charmeil est fort enclin à y voir le résultat d'une sclérose rénale ; cet émonctoire fonctionnant mal, il survient alors une plus lente élimination de l'élément toxique.

M. Combemale reconnaît que la sclérose peut être incriminée comme cause d'intoxication chez son malade, mais il existe des faits de caféisme chronique, où il serait impossible de penser à la sclérose.

M. Gaudier rappelle à ce sujet les travaux de Lépine (de Lyon) qui, prenant tous les jours 10 centgr. de caféine, remarquait qu'avec cette dose il obtenait à longue tous les symptômes d'intoxication caféinique.

M. Moty signale, appuyé par **M. Carlier**, l'excitation motrice sur l'intestin de l'infusion forte de café.

M. **Potel** a observé une action emménagogue, abortive même, du café chez une personne, bien portante d'autre part.

M. Ingelrans fait jouer un grand rôle aux reins, constatant après l'absorption de café, de la pollakiurie et de la polyurie. Il demande aussi si l'on a déjà cité des cas d'intoxication par l'arome du café, et il résume à ce sujet l'observation d'un neurasthénique, chez lequel l'intoxication par le café semblait le point de départ de la névrose. Et pourtant ce malade ne pouvait que respirer les essences dégagées du café torréfié.

M. **Combemale** croit l'intoxication possible, car une intoxication analogue existe pour les alcools.

M. Charmeil, revenant sur l'action de la caféine sur les reins, rappelle les observations de G. Sée et Lapicque qui se demandaient si c'était à l'élévation de la tension sanguine ou à une action directe sur l'épithélium rénal qu'étaient dues la pollakiurie et la polyurie et conclurent à une action directe. Ce serait alors un véritable diurétique.

M. Moty termine la discussion en dégageant nettement l'action du climat : dans la zone tempérée on résiste moins à l'intoxication que dans la zone torride.

Appendicite opérée après le début de la péritonite.

M. Moty rapporte deux observations d'appendicite opérées, l'une en pleine péritonite généralisée, la seconde au début de la péritonite. La première opération eut une issue fatale. Le second cas fut suivi de guérison. Il fait remarquer que pour combattre la péritonite il a pratiqué l'ébouillantage des anses intestinales voisines et qu'il a remarqué que par ce procédé elles reprenaient très vite leur coloration normale.

M. Le Fort s'informe si **M.** Moty ne redoute pas de complications en ébouillantant ainsi les anses intestinales, et **M. Combemale**, à quelle température peuvent se trouver les tampons ainsi promenés sur la séreuse péritonéale.

M. Gaudier répond en disant que le professeur Berger, avant de réduire une anse intestinale douteuse, soupçonnée de thrombose, la tamponnait à

l'eau chaude; si l'anse reprenait sa coloration normale, elle pouvait être réduite sans danger, sinon sa vitalité était douteuse.

M. Carlier n'oserait conseiller d'employer l'ébouillantage des anses intestinales, redoutant de provoquer de véritables brûlures. Il trouve le mot dangereux et propose de tamponner l'anse avec de la ouate imbibée d'eau à 50° environ.

M. Moty reconnait qu'il faut pratiquer un « ébouillantage prudent, tout en ne cessant pas d'être énergique ».

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

HUCHARD. — **Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte.** Troisième édition, augmentée de 900 pages. Tomes I et II, 1899.

Cette nouvelle édition de l'œuvre de M. Huchard comprendra trois volumes. Les deux premiers, seuls parus, contiennent l'étude de la tension artérielle, de l'artério-sclérose, de l'angine de poitrine, des aortites et des anévrismes de l'aorte. Ce dernier chapitre a été analysé à cette place l'an dernier (page 334). Il n'est pas possible d'entrer dans le détail de tout ce que renferment les douze cents pages des deux tomes dont nous parlons. Le livre de M. Huchard, sous son ancienne forme, était d'ailleurs assez connu ; mais on peut dire que c'est maintenant un nouvel ouvrage, tant les modifications apportées sont nombreuses et importantes. L'interprétation physiologique des symptômes et des médications donne lieu à de longs développements qu'on chercherait en vain ailleurs. Ces développements sont indispensables ; on s'en aperçoit vite lorsqu'on se trouve en face des difficultés de la clinique. Celui qui ignore le comment des cardiopathies ne peut presque jamais servir utilement son malade et cependant « de toutes les maladies chroniques, ce sont celles du cœur où la médecine est la moins désarmée pour retarder, pendant de longues années, l'échéance fatale. »

Le chapitre consacré à l'hypotension et à l'hypertension artérielles constituent une étude séméiologique et thérapeutique d'une portée des plus générales. On connait suffisamment les idées de M. HUCHARD sur le rôle de l'hypertension comme cause de l'endartérite et des cardiopathies artérielles avant d'en être l'effet. BROADBENT vient encore de confirmer tous ces faits sur lesquels M. HUCHARD insiste depuis près de quinze ans. BROADBENT redit à sa suite que « l'augmentation de la tension artérielle représente souvent une particularité familiale qui se manifeste surtout chez les très jeunes sujets. Une tension vasculaire exagérée lorsqu'elle est permanente est susceptible de déterminer des lésions cardio-vasculaires telles que l'hypertrophie ou la dilatation du cœur, la dilatation de l'aorte, la sclérose de ce vaisseau et d'autres artères de fin calibre, la dégénérescence fibreuse du myocarde et l'épaississement des valvules ».

L'artério-sclérose est d'abord étudiée d'ensemble dans un exposé clinique et une description générale. Les scléroses locales sont soigneusement différenciées de la sclérose généralisée et l'artério-sclérose de l'athérome. Les causes de l'artério-sclérose sont diathésiques (rhumatisme, goutte, diabète, arthritis, hérédité); toxiques (alcool, tabac, plomb, erreurs d'alimentation, surmenage, sénilité); infectieuses (fièvre typhoïde, variole, scarlatine, diphtérie, syphilis).

La cardio-sclérose et les myocardites chroniques ont fait l'objet d'un rapport magistral au Congrès de Lille de juillet dernier ; on nous dispensera d'en rien dire, car la substance en est encore présente à toutes les mémoires. *L'Écho Médical* en a d'ailleurs donné un résumé auquel on pourra se reporter (page 374).

L'angine de poitrine comporte à elle seule plus de 300 pages. Il n'y a qu'une angine de poitrine qui est toujours coronarienne. Toutes les autres manifestation douloureuses de la région cardiaque sont des précordialgies, des affections névralgiques des nerfs cardiaques on péri-aortiques. Toute angine se produisant spontanément, sans l'intervention d'un acte nécessitant un effort, est une angine névralgique. Les angineux sont le plus souvent des aortiques, ce qui se comprend en raison du siège de la lésion à l'orifice des coronaires vers la naissance de l'aorte au-dessus des valvules sigmoïdes. Cinq cas anatomo-cliniques peuvent se présenter : 1° lésion orificielle de l'aorte (rétrécissement, insuffisance); 2° dilatation d'un anévrysme aortique; 3° aortite; 4° coronarite primitive avec lésions de l'aorte; 5° coronarite sans lésions de l'aorte.

Il existe environ quatre-vingts théories diverses de l'angor pectoris. Dans cette liste interminable d'opinions diverses, l'auteur ne retient que quatre théories importantes : la théorie du spasme du cœur opposée à celle de la paralysie, la théorie nerveuse opposée à la théorie vasculaire. La clinique s'unit à l'expérimentation pour condamner et infirmer le spasme du cœur. L'hypothèse de la parésie ne résiste pas davantage à un examen sérieux. L'angine de poitrine est toujours le résultat d'une ischémie du myocarde qui, dans la totalité des cas, est le résultat d'un rétrécissement organique ou fonctionnel des coronaires.

La théorie artérielle n'est pas en défaut par l'explication des irradiations douloureuses. L'excitation des filets cardiaques du pneumogastrique, née sous l'influence de l'ischémie, se transmet aux centres nerveux, et de là, irradiant par voie centrifuge dans les différents nerfs sensibles, se manifeste sous forme de phénomènes douloureux excentriques. Telle est l'application d'un travail fort intéressant sur les algies réflexes, dans lequel TRIPIER (de Paris) a démontré qu'un nerf peut devenir sensible lorsqu'un autre nerf du voisinage a été atteint. Cette explication est certainement applicable dans la majorité des cas où l'irradiation douloureuse parait suivre le trajet des filets nerveux. Néanmoins, il convient de faire remarquer que ce trajet est

également celui des vaisseaux sanguins et qu'on peut tout aussi bien admettre que la propagation douloureuse s'effectue par l'intermédiaire du système artériel malade

La théorie exclusive de la névralgie et de la névrite cardiaques, ne rallie plus aujourd'hui que quelques rares médecins. Elle n'est pas applicable à l'angine vraie. L'irritation ou l'inflammation des nerfs cardiaques donnent lieu à une symptomatologie absolument dissemblable, d'où une thérapeutique également différente.

Suit alors une discussion pathogénique du plus grand intérêt et une démonstration de la théorie artérielle. En ne considérant que la douleur dans la sténocardie, on commet une erreur semblable à celle qui consisterait à voir seulement les douleurs névralgiques d'une tumeur cérébrale. Pour l'angor, si on cherche seulement à calmer la douleur, on fait une thérapeutique symptomatipue et on ne s'élève pas jusqu'à la thérapeutique pathogénique, la seule vraie, la seule efficace. A maladie artérielle, il faut opposer une médication artérielle.

M. Huchard consacre alors un chapitre au traitement, suivi d'une revue des médications inutiles ou dangereuses. Puis il décrit les angines tabagiques, paludiques, oxy carbonées, celles de l'ergot de seigle, du thé, du café et les pseudo angines névrosiques ou cardiodynies; ces dernières dépendent de l'hystérie, de la maladie de Parry, de la neurasthénie, du neuro-arthritisme, de l'épilepsie. Ensuite, l'auteur passe en revue les pseudo angines réflexes d'origine périphérique et viscérale. Les pseudo-angines se terminent presque toujours par la guérison. On reconnait que les artères coronaires sont ou ne sont pas lésées, on reconnait qu'une angine est coronarienne, par des signes qui ne trompent jamais et le diagnostic est si facile qu'il peut, pour ainsi dire, se faire à distance, d'après les caractères des accès, d'après leur allure, d'après leur provocation. La douleur, pas même l'angoisse, n'est la mesure, ni de la gravité, ni de la nature des manifestations angineuses, puisqu'on peut mourir de syncope, sans douleur, dans la coronarite. Si l'on a vu souvent mourir des malades atteints de pseudo angine, c'est parce que des erreurs de diagnostic ont été commises.

L'aortite subaiguë forme la matière de deux importants chapitres. Il existe peu de maladies dont la connaissance soit plus intéressante. Si son histoire parait encore un peu confuse, c'est parce que, par une sorte de fatalité, elle a été rarement étudiée en elle-même et pour elle-même. La goutte occupe la première place dans ses causes : elle est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur. Les poussées d'aortite aiguë sont souvent secondaires à l'aortite chronique. Or, chez les malades atteints d'athérome aortique, on voit souvent cette dernière affection s'aggraver par le fait de poussées développées à la faveur d'une maladie infectieuse, par exemple d'une pneumonie.

L'aortite suppurée est une rareté pathologique ; l'aortite ulcéreuse est assez rare ; l'aortite athéromateuse est la plus fréquente. Or, il arrive de constater chez certains malades de graves lésions aortiques, avec dilatation plus ou moins considérable du vaisseau, souffle systolique et diastolique de la base et cela en l'absence de tout symptôme ou trouble fonctionnel. C'est là une forme latente de la maladie sur laquelle les divers auteurs n'ont pas suffisamment insisté. Cette période silencieuse peut durer des années entières jusqu'au jour où la compensation est rompue par suite de la participation du cœur aux lésions scléreuses.

La médication spéciale de l'aortite est l'iodure de sodium. Il faut combattre les phénomènes angineux : pour cela le nitrite d'amyle rend de grands services en faisant cesser le spasme artériel et en combattant la tendance syncopale, on doit l'employer avec grande modération dans l'aortite chronique compliquée d'athérome cérébral. La trinitine est préférable. La morphine peut être utile en diminuant les douleurs et la dyspnée. Cet alcaloïde est un excellent eupnéique ; il est pour l'aorte ce que la digitale est pour le cœur. Le chloral doit être prescrit avec prudence. Il vaut mieux se servir des bromures, du sulforal ou du trional.

A la dernière période, quand la phase d'asystolie est ouverte, la digitale rend d'incontestables services contre les complications cardiaques. Le malade doit craindre les excès d'alimentation, les viandes épicées, boire le plus de lait possible, s'abstenir de thé, café, liqueurs fortes, tabac ; enfin, il doit éviter les émotions et les efforts.

A la fin du tome II est un chapitre additionnel contenant la citation abrégée de 185 autopsies d'angines de poitrine, confirmant sans appel son origine coronarienne. Nous n'entrerons pas dans plus de détails : et quelques vues générales suffiront à faire entrevoir ce qu'est le Traité de M. Huchard que le dernier volume complètera très prochainement.

Ingelrans.

Variétés & Anecdotes

Le P. C. N.

M. Bergamotte était un homme doux que ses quarante ans avaient contribué à assagir. Comme il était las de la vie oisive de province que lui permettait une petite fortune, et qu'il avait fait ses humanités, il résolut d'embrasser une carrière libérale qui pût le rendre utile à ses semblables, et se décida à apprendre la médecine.

Il vint donc à Paris où il connaissait justement M. Laplotte, prosecteur à la Faculté. Celui ci le reçut avec honnêteté, lui donna quelques renseignements sur ses prochaines études, et lui fit connaître Paris.

Une des premières visites de M. Bergamotte fut pour l'annexe de la Faculté des Sciences, où les futurs étudiants en médecine passent une année préparatoire, et que l'on appelle le P. C. N.

— « Est-il vrai, Monsieur, demanda M. Bergamotte, que l'enseignement donné durant cette année aux étudiants, n'ait que de lointains rapports avec la médecine ; est-il vrai, pour ne citer qu'un exemple entre mille, qu'on aille, aux examens, jusqu'à interroger les candidats sur les pattes des céphalopodes ou sur l'œil de l'escargot, alors qu'on devrait seulement

s'occuper des points ultérieurement utiles à la médecine, puisque les sciences pures ont déjà fait l'objet du baccalauréat? »

— « Ces études, répondit M. LAPLOTTE, n'ont pas des rapports « lointains » avec la médecine; elles n'en ont pas du tout, et cette constatation qui vous émeut semble si naturelle à tant d'autres, qu'il n'y a pas apparence que cette objection capitale soit de longtemps suffisante pour faire porter remède aux pseudo-améliorations réalisées. Comment, d'ailleurs, pourrait-il en être autrement? On n'enseigne que ce que l'on sait, et on ne peut faire un crime à des professeurs de sciences pures d'ignorer la médecine qu'on ne leur a pas apprise; les étudiants en médecine de première année sont bel et bien à la Faculté des Sciences; il est naturel qu'ils y fassent des sciences ; cette particularité n'a certainement pas dû échapper à ceux qui, dans les hautes sphères, ont créé ce nouvel enseignoment; de même que des chemins bien différents conduisent à la découverte de la vérité, de même, aussi, ont-ils dû penser, les sciences pures enseignées par des professeurs de sciences sont-elles une voie sûre, quoique détournée, pour s'acheminer vers la médecine.»

— « Je ne sais si vous parlez sérieusement, interrompit M. BERGAMOTTE ; mais, de grâce, pourquoi a-t-on confié l'instruction d'étudiants en médecine à des hommes qui ne sont pas de la partie? »

— « Comme le donnait à entendre la circulaire officielle, répliqua M. LAPLOTTE, on s'est proposé, par cette mesure, de donner des élèves aux Facultés des Sciences qui n'en avaient pas, surtout aux Facultés de province qui n'existaient que de nom ; et puis,que vouliez-vous que devinssent quantité de bons esprits pourvus de diplômes inutiles faute de places à leur donner ? Le nouvel état de choses a permis d'instituer quelques chaires de plus et nombre d'illusions de situations, car les préparateurs sont bien peu rétribués. Au lieu de créer des professeurs pour des élèves, on a créé des élèves pour des professeurs; voilà tout; ce n'est jamais que l'application de la règle essentiellement scientifique de l'interversion de l'ordre des facteurs. D'ailleurs, les étudiants ne peuvent qu'en tirer bénéfice; au lieu d'une seule première année de médecine qu'on avait autrefois, et dont on reconnaissait les défauts, ils ont deux « première année » maintenant car le P. C. N., comme on l'appelle, n'a fait supprimer aucune chaire à la Faculté,et les matières du premier examen se trouvent réparties, un peu modifiées, dans les examens ultérieurs.

« Enfin M. BERGAMOTTE, dites-vous bien qu'au point de vue philosophique, cet enseignement est un crible qui a pour but d'éliminer de suite les incapables, et de remédier, dans une certaine proportion, à l'encombrement de notre carrière. Grâce à ces études la médecine cesse d'être un entonnoir dans lequel on verse les candidats qui finissent toujours par sortir par le petit bout qu'est le doctorat, parcourant seulement plus ou moins vite les parois de l'entonnoir. »

— « Ce que vous me dites,m'étonne, reprit M. BERGAMOTTE, et je trouve regrettable que les sciences préparatoires servent de crible aux étudiants en médecine ; il est illogique de les éprouver sur un terrain tout autre que celui de leurs futures études. On peut ignorer bien des propositions des sciences physiques, et devenir un parfait anatomiste ; ce système est aussi raisonnable que celui qui consisterait à épurer l'Ecole de Droit par un séjour d'un an à l'Ecole des Langues orientales. Je comprends qu'on ait voulu pratiquer une sorte de sélection parmi la masse des étudiants en médecine, mais il eût été pour cela, naturel de montrer plus de sévérité dans les examens de médecine; je sais qu'une réforme dans ce sens a été faite, et qu'à partir du mois de juillet prochain, les « boules », vestiges d'âges lointains, vont de nouveau jouer un rôle dans les examens ; c'est fort bien ; mais le P. C. N. continue à me paraître une œuvre inutile et indigeste ; je ne vois qu'une excuse, c'est son rôle de défense contre les hordes mal policées, j'entends les incapables, qui n'ont que trop de tendances à envahir la médecine. Comme il est institué, le P. C. N. est un tamis ; inspiré par un besoin du moment, il ne peut être que transitoire, et comme toutes les lois de défense, il tombera de lui-même quand la période de combat aura passé ; c'est ce qui lui fera donner l'absolution. Néanmoins, il serait vraiment à souhaiter qu'on revisât un peu un tel enseignement. »

— « C'est un vœu imprudent, s'écria le prosecteur LAPLOTTE ; le progrès ne peut être arrêté dans sa marche ; si l'on modifie les programmes, on les chargera davantage ; ils n'ont pas déjà une grande homogénéité ; ils n'en auraient plus du tout. »

— « Vous avez peut être raison, conclut mélancoliquement M. BERGAMOTTE. »

Et ces messieurs quittèrent ces régions de pures sciences, pour gagner le centre de Paris.

(La Tribune médicale.) G. C.

La médecine au parlement

Les aliénés criminels. — La commission de la revision de la loi de 1838 sur les aliénés a décidé, sur la proposition de M. CRUPPI, son président, de détacher du projet d'ensemble qu'elle a élaboré le titre relatif aux aliénés criminels et d'en faire l'objet d'un projet de loi spécial pour lequel on demandera à la Chambre une mise à l'ordre du jour assez prochaine, qui n'aurait pu être obtenue pour le projet entier.

La commission estime qu'il y a nécessité de faire régler le plus promptement cette question.

Il s'agit d'établir une réglementation légale, notamment pour le cas des aliénés criminels qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement comme irresponsables, en confiant à la chambre du conseil du tribunal, la mission de décider si l'aliéné devra être interné et de statuer sur la mise en liberté ultérieure, de façon de supprimer l'arbitraire administratif.

Les étudiants en médecine et le service militaire. — La commission parlementaire de l'armée est saisie depuis quelques jours d'un projet de loi tendant à mettre à la disposition exclusive des médecins-majors, les étudiants en médecine pendant la durée de leur service militaire.

Les médecins sénateurs. — Les élections du 28 janvier ont envoyé au Sénat un grand nombre de confrères. Au risque d'être incomplets, citons :

MM les docteurs BATAILLE (Puy-de-Dôme), BÉRAUD (Vaucluse), BONTEMPS (Haute-Saône), BOULARAN (Tarn), COLLINOT (Yonne), CONTANCIN (Vienne), FRANCOZ (Haute-Savoie), GUILLEMAUT (Saône-et-Loire), GUYOT (Rhône), LÉON LABBÉ (Orne), LEGLUDIC (Sarthe), LORDEREAU (Yonne), F. MARTIN (Saône-et-Loire), PARISOT (Vosges), PÉDEBIDOU (Hautes-Pyrénées), PETITJEAN (Nièvre), PIETTRE (Seine), QUINTAA (Basses-Pyrénées), ROLLAND (Tarn-et-Garonne), SIGALLAS (Var), VAGNAT (Hautes-Alpes.

(Gazette des hôpitaux).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur LEROY, professeur de pathologie interne et expérimentale à la Faculté de médecine, décédé à l'âge de cinquante et un ans.

D'abord officier de santé, M. LEROY, avec une énergie peu commune, avait, tout en exerçant à la campagne, préparé ses examens de baccalauréat et avait conquis, à force de travail, son diplôme de docteur en médecine. Puis, sous l'impulsion de LELOIR, il avait préparé et subi, en 1883, avec succès, les épreuves du concours d'agrégation. En 1887, à la suite d'une transformation de chaire, le ministre le nomma professeur titulaire.

Au cours de sa carrière universitaire, LEROY s'était entièrement consacré à son enseignement, laissant de côté les travaux originaux. Depuis deux ans, la maladie à laquelle il a succombé l'avait écarté de la Faculté.

Avec le souvenir ému de ses collègues et de ses confrères, le professeur LEROY emporte l'estime de tous ceux qui l'ont vu arriver au faîte en mesurant les efforts qu'il fit pour l'atteindre.

L. R.

UNIVERSITÉS

Montpellier. — M. RAUZIER, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie générale.

Distinctions honorifiques

Mérite agricole. — Sont nommés *Chevaliers :* MM. les docteurs GAZEAU DE LA BRINDONNERIE, de Paris ; PONS, de Luzech (Lot).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs MOREAU, du Herbiers (Vendée) ; CORMIER, de Saint-Denis-la Chevasse (Vendée) ; HÉNON, médecin de la marine, en retraite, à Nantes ; SIMON, de Ste-Menehould (Ardennes) ; MARC, de Nogent-sur-Vernisson ; ASTRUC, de Pignan (Hérault).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

9me SEMAINE, DU 25 FÉVRIER AU 3 MARS 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	4
3 mois à un an	14	4
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	4	1
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	9	3
40 à 60 ans	12	9
60 à 80 ans	16	22
80 ans et au-dessus	2	5
Total	69	53

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	»	1	»	»	»	1	»	»	»	3
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	1	»	1	1	1	1	»	3	»	»	8
Bronchite et pneumonie	1	6	4	3	1	4	2	»	2	1	»	24
Maladies organiques du cœur	1	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	4
Diarrhée et entérite moins de 2 ans	1	2	3	2	»	2	1	»	1	»	»	12
Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	»	5	»	6	2	3	1	1	»	»	»	18
Méningite tuberculeuse	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	1	2	8	10	3	8	2	5	9	1	»	49
TOTAL des DÉCÈS	4	18	16	23	7	20	7	7	18	2	»	122
NAISSANCES par Quartier	7	11	23	25	11	14	5	8	20	2	5	131

N° 166. Quatrième Année. N° 11. Le Numéro : **10** centimes. 18 Mars 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Observation relative à l'éloignement scolaire des frères et sœurs des diphtériques,

par le Dr **A. Manouvriez** (de Valenciennes),
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine.

Le 7 décembre dernier, nous étions officiellement informé, comme médecin des épidémies, qu'un jeune garçon avait été, quinze jours auparavant, atteint d'angine diphtérique ; que, dès le début, toutes les mesures d'isolement possibles avaient été prises, et qu'il avait été procédé, l'avant-veille, à la désinfection des objets mobiliers en contact avec le malade et de la chambre habitée par lui. On nous chargeait, à cette occasion, d'examiner les mesures prises, et d'apprécier si elles étaient suffisantes pour permettre, sans danger de contagion, la rentrée en classe de la sœur du malade, qui en avait été éloignée pour ce motif.

Nous avons recueilli, auprès du père et de son médecin, des renseignements complémentaires, visité les locaux et examiné la petite fille.

Le garçon, âgé de 7 ans, atteint, le 21 novembre, d'angine paraissant simple, qui s'était compliquée de diphtérie le 22, avait été, ce même jour après-midi, isolé dans une pièce d'un quartier du rez-de-chaussée, complètement séparé du reste de l'habitation. Il avait été soigné par une religieuse et un valet de chambre spécial, sous la surveillance du père, tandis que la mère se consacrait exclusivement à ses deux filles, avec l'aide du reste du personnel. Toutes les précautions de propreté et de désinfection avaient été prises, d'après les conseils éclairés du médecin traitant.

La fille aînée, âgée de cinq ans, avait cessé d'aller en classe, le 29 novembre après-midi. Le 5 décembre, on avait fait désinfecter, dans une étuve à vapeur sous pression, les objets mobiliers qui pouvaient avoir été contaminés, ainsi que la chambre du malade, avec le pulvérisateur au sublimé.

Lors de notre mission, cette petite fille était en bonne santé ; elle n'avait ni coryza, ni angine, ni laryngite, ni rhume, et elle ne présentait pas la moindre trace d'adénite cervicale ou sous-maxillaire.

L'enfant pouvait-elle rentrer en classe, sans danger de contagion pour ses compagnes ?

Les instructions du Comité consultatif d'hygiène publique de France, si complètes d'ailleurs, restent muettes en ce qui concerne les mesures à l'égard des frères et sœurs des diphtériques. Dans ces derniers temps, il est vrai, quelques hygiénistes ont préconisé leur éloignement de l'école ; mais la formule de cette mesure ne paraît encore pas nettement dégagée. Aussi, bien que nous l'approuvions théoriquement, en avons-nous, jusqu'à présent, différé l'application dans notre arrondissement.

Dans le cas particulier qui nous était soumis, avec isolement immédiat et complet dans un quartier à part, équivalant à l'éloignement dans une autre habitation, la question se trouvait singulièrement simplifiée : en supposant que la petite fille eût pu avoir contracté le germe de la diphtérie au contact de son frère, le 22 novembre matin au plus tard, pendant

combien de temps pouvait-elle le recéler, sans manifestation apparente, de façon à pouvoir le transmettre à ses compagnes ?

La durée d'incubation de cette maladie, le plus souvent de 2 jours, n'en dépasse généralement pas 4 ; elle peut toutefois atteindre 5, 6 et même 7 jours ; une incubation de plus de 7 jours est douteuse. Il en résulte donc que l'enfant aurait pu, sans danger de contagion, rentrer en classe 8 jours pleins après le début de son isolement, c'est-à-dire le 1er décembre matin. A plus forte raison, le jour où nous étions consulté, le 8, après plus de 15 jours d'isolement, et vu les mesures complètes de désinfection des linges, vêtements, objets de literie et locaux contaminés, était-il certain que cette rentrée pouvait s'effectuer sans le moindre inconvénient pour les autres élèves.

La simple relation de ce fait nous a paru être un document susceptible de contribuer à l'élaboration d'un règlement sur la matière.

Diagnostic de l'Angine chancriforme (1)

(*Syn.: Angine à bacilles fusiformes et spirilles, Angine de Vincent*).

par le Dr **Albert Mariau**,
Médecin aide-major au 16e Bon de chasseurs,
Ancien chef des travaux anatomiques.

Nous venons d'observer un nouveau cas de cette curieuse angine chancriforme, sur laquelle l'attention est éveillée depuis deux ans et dont on connaît actuellement une quarantaine d'observations. Nous l'avons rencontrée 2 fois en 6 ans. C'est dire qu'elle est rare ; du moins nous la croyons telle, étant données la profusion et la variété des angines qu'on observe dans le milieu militaire.

Mais ce n'est pas sa rareté qui nous engage à publier ce second cas, c'est son intérêt clinique. L'angine chancriforme peut faire tomber un observateur non prévenu dans la plus grave erreur de diagnostic et cela d'autant mieux que cet observateur connaîtra davantage les affections rares de l'amygdale, surtout le chancre et certaines formes de diphtérie. De fait, si l'on veut se faire une idée aussi approchée que possible de cette angine, il suffit d'ouvrir un atlas d'iconographie des maladies vénériennes à la page du chancre syphilitique de l'amygdale ; c'est la même chose ou presque. Il n'y a pas encore longtemps, M. Morel-Lavallée avait coutume de donner comme caractéristique du chancre amygdalien une série de signes dont l'ensemble permettait d'affirmer à coup sûr, presque à distance, l'existence de la syphilis. Or, ces signes caractéristiques, nous allons voir l'angine chancriforme nous les présenter point par point, ou peu s'en faut, et les différences que nous aurons à signaler sont si difficilement appréciables, que le plus habile, s'il n'était pas averti, pourrait s'y laisser prendre. Ajoutons que M. Morel-Lavallée a depuis eu l'occasion de renier sa propre doctrine, en rencontrant une angine dont l'évolution vint exclure l'idée de spécificité, malgré le syndrome qui l'avait imposée dès le début (1). S'agissait-il là d'une angine à bacilles fusiformes et spirilles ? Les détails de l'observation ne permettent pas de l'affirmer, mais c'est probable.

Voici d'abord cette observation en tout identique à celle que nous avons recueillie il y a 6 ans et publiée ici même l'année dernière.

X... se présente à nous avec un mal de gorge qu'il promène, nous dit-il, depuis 6 jours. L'état général est très bon. Ce qui inquiète surtout le malade, c'est une grosseur apparente sur un des côtés du cou. On note un peu de gêne de la déglutition.

A l'examen on constate une lésion *unilatérale* siégeant sur l'amygdale gauche ; le reste de la gorge est absolument *sain*, et ne présente même pas la moindre rougeur. L'amygdale atteinte est légèrement tuméfiée et saillante. Elle est creusée en cratère, par une ulcération assez régulièrement circulaire, large comme une pièce de un franc, comblée par un exsudat pulpeux, gris jaunâtre, abondant, peu adhérent, mettant à découvert, quand on le râcle, une muqueuse saignante. Au toucher l'amygdale présente une *obscure rénitence*. Dans l'angle de la mâchoire du même côté, il existe une adénite, grosse comme une petite noix, à peine sensible, sans rougeur des téguments.

Cette observation impose un parallèle clinique entre l'angine chancriforme et les affections qu'elle peut simuler. C'est surtout avec le chancre spécifique de l'amygdale que ce rapprochement est intéressant à faire :

	Chancre amygdalien	*Angine chancriforme*
1er Examen	Intégrité de l'état général.	Intégrité de l'état général.
	Unilatéralité de la lésion.	Unilatéralité de la lésion.
	Ulcération unique, reposant sur une base *indurée*, recouverte d'un exsudat.	Ulcération unique, reposant sur une base *rénitente*, recouverte d'un exsudat.
	Adénopathie *unilatérale* de l'angle de la mâchoire, du côté malade.	Adénopathie *unilatérale* de l'angle de la mâchoire du côté malade.
Examen ultérieur	Durée d'environ quinze jours ou trois semaines (souvent supérieure, jamais inférieure à ce laps de temps).	Durée éphémère, disparition complète en dix à douze jours.

Ainsi, à un seul examen, la similitude est frappante (2). Le trépied pathognomonique de l'accident primitif de l'amygdale, intégrité de l'état général, unilatéralité de la lésion et de son adénopathie satellite, induration de l'amygdale, l'angine chancriforme nous le présente au complet. Sans doute, il y aurait déjà une première différence, tenant, si l'on peut dire, à la *qualité* de l'induration. Mais justement, le siège de la lésion ne permet pas, ou permet mal d'apprécier cette différence : il faut au moins deux doigts pour saisir la base indurée du chancre et se donner la sensation si caractéristique de la plaque à bords nets, en bouton de culotte, ferme et souple comme un disque de carti-

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 23 février 1900.

(1) Morel-Lavallée. Contrib. au diag. du chancre de l'amygdale. *Bull. Méd.* 30 décembre 96.

(2) Du moins dans la forme commune de la maladie. Car nous devons signaler, d'après M. Vincent, des formes plus rares, où l'angine peut être bi-latérale, s'accompagner de fièvre, présenter le tableau d'une diphtérie typique. Dans ces cas évidemment, la question du chancre n'aurait pas à se poser.

lage qui serait inclus dans le derme. Le toucher amygdalien ne peut se pratiquer qu'avec un doigt. Il ne donne qu'une sensation d'induration mal caractérisée, qu'il s'agisse d'un chancre ou d'une amygdale simplement emflammée. Voilà donc un précieux élément de différenciation qui nous échappe.

Les commémoratifs nous fourniront-ils une indication sérieuse ? Peut-être, dans certains cas. Mais MOURE n'a-t-il pas signalé une angine chancriforme chez un sujet que des commémoratifs précis rendaient suspect d'infection spécifique ? Et, d'autre part, le chancre ne peut-il pas se déclarer à leur insu chez des *innocents*, surtout à la gorge (par une cuillère, un verre, un tube à souffler le verre, etc.) ? Reconnaissons toutefois, qu'ici comme ailleurs, les commémoratifs peuvent avoir une grande importance ; mais il s'en faudra qu'ils puissent toujours nous tirer d'embarras.

On dira : l'explosion des accidents secondaires viendra en son temps lever tous les doutes. Mais d'abord, ils pourront être atténués, éphémères, être soustraits pour une raison ou pour une autre à la constatation du médecin. Et puis nous ajouterons qu'on ne doit plus, comme on le faisait autrefois, attendre l'éruption secondaire pour confirmer le diagnostic de spécificité. On ne doit l'attendre, pour commencer le traitement, que lorsqu'il est impossible de faire autrement et qu'on a épuisé absolument tous les autres moyens de diagnostic.

D'après les observations d'angine chancriforme jusqu'ici publiées, l'adénopathie de cette angine paraît ordinairement être moins volumineuse que l'adénopathie satellite du chancre de la gorge. Mais qu'y a-t-il de plus variable que le volume des adénites syphilitiques primitives ?

La première différence vraiment importante, ce n'est que par une série d'examens qu'elle se révèlera : l'angine chancriforme est fugace ; elle guérit complètement dans un laps de temps qu'on n'a jamais vu suffire à la guérison de l'accident primitif. Et c'est sur cette différence bien constatée que les premiers observateurs ont distingué les deux affections. Malheureusement elle demande plusieurs jours (dix à douze) pour devenir évidente, et il ne sera pas toujours donné au praticien d'attendre qu'elle se produise.

En résumé, de tous les éléments de diagnostic jusqu'ici passés en revue, aucun n'offre à un moment donné des garanties de certitude suffisantes ; et l'idéal, c'est de faire un diagnostic ferme dès le premier examen. Où trouverons nous un signe sûr, caractéristique, capable de trancher la question en un instant ? Dans l'examen microscopique de l'exsudat. Rien n'est plus simple à pratiquer. On fait un frottis sur lames de verre, on colore au violet de gentiane et on examine avec un objectif à immersion. En cas d'angine chancriforme, le champ du microscope se montre rempli de gros et longs bacilles (1), souvent mis bout à bout, par 2 ou 3, mais jamais groupés en buisson, comme le bacille de LOEFFLER dont les distinguent d'ailleurs, à première vue, leurs proportions. A côté de ces bacilles se détachent des spirilles d'une finesse extrême et formant des sinuosités très élégantes. Ces deux microbes ne prennent pas le Gram. Leur présence est tout à fait caractéristique. Il y a intérêt à en pratiquer l'examen au début de l'affection, car sur le déclin, surtout après la désinfection de la gorge, les spirilles deviennent difficiles à découvrir.

Ces données suffisent dans la pratique et nous renvoyons aux travaux de M. VINCENT pour des détails bactériologiques plus complets (1). Disons seulement que nous avons échoué dans un essai de culture et que c'est d'ailleurs la règle.

Nous n'insisterons pas sur la confusion possible de l'angine ulcéreuse de VINCENT avec la gomme de l'amygdale et l'angine diphtérique. Dans le premier cas, l'absence d'adénopathie, dans le second cas, les résultats si différents de l'analyse bactériologique, lèveront bien vite tous les doutes.

P.-S. — Au moment où nous allions envoyer cet article au journal, le malade qui en fait le sujet a présenté une *récidive* de son angine. Cette fois, c'est l'amygdale droite qui a été prise. C'est la première fois, à notre connaissance, que pareille récidive a été signalée : mais peut-être les sujets chez qui l'on a noté une angine bilatérale, avaient-ils deux ulcérations non contemporaines, la seconde ayant apparu avant la guérison de la première, et dans ce cas, l'infection d'une amygdale par l'autre ne serait pas une rareté.

Cette nouvelle angine, identique à la première, nous a donné de fort belles préparations microscopiques. Il est intéressant de noter que, chez ce malade, le *tartre dentaire* contenait en abondance le bacille de l'angine ; d'autre part on sait que le spirille est un hôte banal de la bouche. L'angine chancriforme ne serait-elle pas causée par des saprophytes devenus accidentellement pathogènes ? M. Vincent se demande si ces parasites et ceux de la pourriture d'hôpital ne sont pas les mêmes. La solution de ces questions intéressantes appartient à l'avenir, mais jusqu'ici l'insuccès des cultures est une fâcheuse entrave.

(1) Quelques-uns de ces bacilles ont leurs extrémités amincies en crayon taillé, ce qui leur a valu de M. Vincent le nom de *bacilles fusiformes*, mais ce caractère n'existe pas chez tous, et manque souvent d'évidence.

(1) VINCENT, prof. agrégé au Val-de-Grâce. — Soc. médic. des Hôpitaux, 17 mars 98, 12 janv. 99. — Annales de l'Inst. Pasteur, 25 oct. 1899.

Les gerçures du mamelon. — Prophylaxie et Traitement

par le Docteur **M. OUI**, agrégé des Facultés de Médecine
chargé de cours complémentaire d'accouchements
à l'Université de Lille.

Les gerçures du mamelon sont extrêmement fréquentes dans les premiers temps de l'allaitement, et on peut dire que les nourrices en sont atteintes à peu près une fois sur deux ; 72 fois sur 150 accouchées (WINCKEL), 294 fois sur 526 (COURGEY).

La véritable cause déterminante de cette lésion, c'est la macération de l'épiderme sous la double influence de la salive du nourrisson et du lait qui s'écoule du sein et baigne le mamelon dans l'intervalle des tétées. L'épiderme, alors, s'exfolie ; le derme est mis à nu, s'excorie et ainsi est produite une petite plaie qui s'infecte et qui, au lieu de marcher vers la guérison, tendra à s'étendre sous l'influence combinée de l'infection et de la succion exercée par l'enfant.

Ces petites plaies ont reçu des noms différents suivant leur étendue: « La simple érosion, dit DUPLAY, devient bientôt une *excoriation*, par suite de l'action continue des mêmes causes, et le derme mis à nu saigne à chaque effort de succion. Puis cette excoriation se creuse de plus en plus, s'allonge en général sous forme de fente et prend le nom de *fissure*, de *gerçure* ou de *crevasse*, suivant son étendue et sa profondeur. »

Les crevasses peuvent même arriver à acquérir de grandes dimensions et on a pu voir des crevasses siégeant à la base du mamelon, l'entourer complètement et devenir si profondes qu'elles en ont amené la chute.

Le traumatisme et l'infection, telles sont donc les causes déterminantes des gerçures, fissures et crevasses du mamelon. Mais il y a aussi des causes prédisposantes dont il ne faut point méconnaître l'importance.

La traumatisme est, en effet, d'autant plus violent, d'autant plus prolongé et dès lors d'autant plus nuisible que le mamelon est plus difficilement préhensible. Les mamelons les plus exposés aux gerçures seront donc les mamelons courts et peu extensibles, les mamelons non saillants et, surtout, les mamelons rentrés ou ombiliqués.

La primiparité constitue, aussi, une cause prédisposante. Chez la femme qui a nourri un ou plusieurs enfants, les bouts de sein sont mieux formés, leur sensibilité s'est émoussée, la peau est plus résistante. Les gerçures, alors, seront moins fréquentes. Cette influence se fait surtout sentir après plusieurs allaitements. C'est ainsi que, d'après la statistique de COURGEY, les gerçures se produisent chez les primipares et les secondipares dans la proportion de 59 %, et la fréquence de ces lésions tombe à 45 % chez les multipares.

Le défaut de propreté a une importance considérable. Si les bouts de sein ne sont pas lavés après chaque tétée, le mélange de salive et de lait qui reste à la surface du mamelon et séjourne dans les replis cutanés, peut fermenter, irriter les téguments et favoriser ainsi l'apparition des gerçures.

Les gerçures et les crevasses du mamelon ont une grande importance par les conséquences qu'elles peuvent avoir pour la mère et pour l'enfant.

Au premier rang, il faut placer la douleur. Cette douleur est, dans certains cas, véritablemeut atroce. Certaines femmes ne peuvent, au moment où l'enfant prend le sein, retenir leurs larmes et leurs cris. D'aucunes, même, alors que l'enfant vient à peine de terminer son repas, songent avec terreur aux souffrances que leur amènera la prochaine tétée; le défaut de sommeil vient souvent aggraver l'état nerveux de ces malheureuses mères et, de guerre lasse, on se trouve trop souvent dans l'obligation de laisser cesser l'allaitement.

Je ne parle ici que pour mémoire de la destruction totale, du détachement du mamelon, complication extrêmement rare, et je me borne à signaler les hémorrhagies qui se produisent au moment de la succion, Ces hémorrhagies sont, par elles-mêmes, peu importantes, car leur abondance est minime ; mais l'enfant déglutissant le sang, le rend ensuite plus ou moins modifié, sous la forme d'hématémèse ou de melœna. C'est un fait dont il est prudent d'avertir les parents qui, dans ce cas, ne manquent pas habituellement d'être sérieusement inquiets.

De toutes les complications des gerçures, la plus importante, la plus grave, c'est la production des lymphangites et des abcès du sein.

Pour les lymphangites, la preuve est faite. L'inoculation septique qui la produit se fait au niveau des excoriations, des fissures qui existent au niveau du mamelon. S'il n'existe point d'érosion du mamelon, si le derme n'est pas à nu, la porte est fermée à l'infection microbienne. Il n'y aura pas de lymphangite.

Pour les abcès, on peut admettre que l'infection se fasse par les canaux galactophores et puisse, par conséquent, se produire sans qu'il existe de gerçures. Il y a, en effet, des galactophorites, abcès glandulaires dans lesquels l'infection lymphangitique ne joue aucun rôle (DUPLAY, BUDIN). Mais l'infection des canaux galactophores est elle-même souvent en rapport avec l'existence de crevasses qui atteignent l'orifice de ces conduits et ainsi on peut dire que la plupart des galactophorites ont eu une gerçure pour point de départ. Quant aux abcès consécutifs à la lymphangite, les plus nombreux, incontestablement, c'est toujours la gerçure du mamelon qui en est le point de départ.

Donc, douleurs très vives, risques de suppuration, tels sont les dangers pour la mère ; cessation possible de l'allaitement à cause de l'une ou l'autre de ces complications, voilà le danger pour l'enfant. Il y a donc le plus grand intérêt à éviter la production des gerçures du mamelon, à les guérir rapidement quand

elles existent, à atténuer dans la plus large mesure, la douleur et les risques d'infection.

Prophylaxie. — Peut-on, au cours de la grossesse, agir sur le mamelon, de façon à le modifier et à le rendre moins apte à contracter des gerçures ?

Les titillations, les pressions d'un mamelon insuffisamment saillant n'ont pas grosse influence. Les succions qui pourraient en avoir davantage ne sont efficaces qu'à condition d'être très répétées. Elles ont, en outre, l'inconvénient, quand elles sont effectuées par des spécialistes comme il en existe dans certains pays, de pouvoir être une cause de contamination syphilitique (LELOIR, ROLLET, BOURGOGNE). Quant aux succions indirectes exécutées à l'aide d'une pipe en terre, d'un bout de sein ou d'une téterelle, elles sont souvent inefficaces et peuvent être nuisibles si les instruments dont on se sert ne sont pas en état d'asepsie rigoureuse. VARNIER a vu plusieurs cas d'abcès du sein au cours de la grossesse, dus à l'emploi de ces moyens.

Reste ce qu'on peut appeler les « toniques du mamelon », lotions astringentes ou alcooliques. J'ai, pour ma part, l'habitude de faire lotionner quotidiennement les mamelons pendant le dernier mois de la grossesse, avec de la teinture de quinquina qui agit, pour raffermir l'épiderme, à la fois par l'alcool et par le tannin qu'elle contient. Ai-je pu, par ce moyen, éviter les gerçures à quelques accouchées ? Je n'en suis pas très sûr ; mais au moins ce petit moyen ne leur a-t-il point fait le mal que peuvent faire des pommades qui rancissent et irritent la peau.

Après l'accouchement, on manque de temps pour faire une prophylaxie sérieuse, car les gerçures apparaissent généralement du troisième au cinquième jour après les premiers essais d'allaitement. On peut, toutefois, diminuer les chances d'apparition des gerçures en évitant les tétées trop rapprochées, c'est-à-dire en limitant au strict minimum l'action du traumatisme. On peut agir aussi en combattant l'infection des petites érosions superficielles qui pourraient se produire, infection qui les empêche de tendre vers la guérison.

L'enfant sera donc mis au sein très régulièrement, toutes les deux heures et demie, de façon à ce que le nombre des repas ne dépasse pas huit à neuf par vingt-quatre heures. On ne le laissera pas au sein plus de dix minutes à un quart d'heure.

Avant et après chaque tétée, le mamelon et l'aréole seront lavés soigneusement avec un petit bourdonnet d'ouate hydrophile imbibée d'eau bouillie ou d'eau boriquée à 4 %. Enfin, dans l'intervalle des tétées, le sein sera couvert d'un pansement antiseptique sur lequel je reviendrai plus loin. Dans ces conditions, les gerçures sont certainemeut moins fréquentes et elles guérissent plus rapidement.

Traitement. — Mais, si on évite ainsi quelques gerçures, on ne saurait, cependant, s'en mettre toujours à l'abri.

La gerçure étant produite, comment faut-il la traiter?

La liste des médications employées pour hâter la cicatrisation des gerçures du mamelon est extrêmement longue et sa longueur même est la meilleure démonstration de l'inefficacité des différents topiques successivement préconisés. Tous ont été employés : astringents, balsamiques, émollients, substitutifs, caustiques faibles comme le nitrate d'argent, encore assez employé, dont l'efficacité est très douteuse et qui a le grand inconvénient d'être extrêmement douloureux.

Le seul remède immédiatement efficace serait la suspension de l'allaitement, remède excellent pour la mère, mais déplorable pour l'enfant ainsi privé du sein maternel, et auquel on ne doit avoir recours qu'en cas d'absolue nécessité.

On a donc essayé de soustraire le mamelon au contact direct de la bouche de l'enfant. C'est dans ce but que SIMPSON recouvrait la gerçure et les parties voisines d'une couche de collodion élastique. Mais le collodion est très douloureux et se décolle pendant la tétée. AUDEBERT (de Toulouse) a employé le stérésol, plus souple et plus adhérent et affirme en avoir obtenu d'excellents résultats. (*Congrès de protection de l'enfance, Bordeaux 1895*). Je l'ai employé à mon tour ; mais je n'ai obtenu ni soulagement des douleurs, ni cicatrisation plus rapide des lésions.

Le bout de sein artificiel et les téterelles variées qui ont été imaginées dans ces dernières années ont été également employés. Leur emploi exige des précautions antiseptiques. Ces appareils doivent séjourner constamment dans l'eau boriquée et n'être maniés qu'avec des mains scrupuleusement propres. Une négligence même légère peut, en effet, être cause d'une lymphangite mammaire et d'un abcès consécutif, comme j'en ai vu tout récemment un exemple.

De plus, on n'obtient que très difficilement, avec le bout de sein et la téterelle, la quantité de lait nécessaire pour un repas. La succion faite à l'aide de ces instruments doit être très prolongée et est souvent presque aussi douloureuse que la succion directe-

ment exercée par l'enfant, les gerçures se rouvrent, saignent à chaque tétée, et, somme toute, guérissent lentement.

L'antisepsie bien et consciencieusement faite donne des résultats aussi satisfaisants au point de vue d'une prompte cicatrisation et a en outre l'avantage de mettre la femme à l'abri des complications septiques, lymphangite et abcès qui sont trop souvent la suite des gerçures du mamelon.

Depuis 1883, M. PINARD a employé dans ce but des compresses imbibées d'eau boriquée à 3 %, exprimées et maintenues en permanence sur le mamelon et l'aréole dans l'intervalle des tétées. (RESSEIN, Th. Paris, 1884).

TARNIER a eu recours, depuis 1889, à des compresses imbibées d'une solution de bi-chlorure de mercure à 1/5000 appliquées en permanence sur le sein et recouvertes de taffetas gommé. Avant chaque tétée, le sein est lavé à l'eau bouillie. Le lavage est fait de nouveau après la tétée et le pansement remis en place (TARNIER. *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, 1894).

Enfin, LEPAGE (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1894), a conseillé d'avoir recours à l'application de rondelles de tarlatane imbibées de la mixture suivante:

Glycérine	500 gr.
Eau stérilisée	450 gr.
Alcool	50 gr.
Bi-iodure de mercure.	0 gr. 20
Iodure de potassium.	q. s.

Pour ma part, j'emploie plus volontiers la solution de sublimé à 1/4000 dont j'imbibe un peu d'ouate hydrophile ou de tarlatane stérilisée. Ce pansement reste appliqué sur le mamelon et l'aréole durant l'intervalle des tétées. Il est enlevé avant chaque tétée et le mamelon est lavé soigneusement avec de l'eau bouillie ou une solution boriquée, de façon à éviter, pour l'enfant, tout risque d'intoxication.

Les pansements mercuriels ont cependant un inconvénient, ils déterminent parfois, chez les femmes à peau fine et sensible, un érythème hydrargyrique. Il faut alors les supprimer et les remplacer par les pansements boriqués.

La valeur des pansements antiseptiques est à l'heure actuelle bien démontrée. Tous les accoucheurs sont d'accord pour reconnaître qu'ils hâtent la cicatrisation des gerçures et aussi, point extrêmement important, qu'ils ont, pour ainsi dire, fait disparaître les lymgeuphatis et les abcès du sein. Pour ma part, depuis de longues années, je n'ai vu dans ma pratique qu'un seul abcès du sein, consécutif aux négligences antiseptiques d'une garde, et un cas de lymphangite survenant chez une accouchée qui, au douzième jour de ses suites de couches, avait, de sa propre autorité, supprimé son pansement.

Mais il reste à combattre un symptôme très important. Si l'antisepsie hâte la cicatrisation des gerçures, elle n'agit point contre l'élément douleur.

A. HERRGOTT a préconisé l'emploi de la cocaïne, et TARNIER l'a employé en badigeonnages faits sur le mamelon avec une solution au 1/20, cinq minutes avant la tétée. La cocaïne a l'inconvénient d'être un poison dangereux pour l'enfant si le lavage du sein n'est pas fait très soigneusement avant la tétée. Son emploi semble aussi avoir une fâcheuse action sur la sécrétion lactée. Enfin, son action analgésique sur des lésions légèrement enflammées est souvent très imparfaite.

M. MAYGRIER (MAYGRIER et BLONDEL, *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, Décembre 1898* et TEISSIÈRE, *Th. Paris 1898*) a eu recours à l'orthoforme déjà employé avec succès comme analgésique en laryngologie. Après avoir fait des essais avec la poudre avec pansement humide, la poudre avec pansement sec et la solution alcoolique saturée, il a donné la préférence à cette dernière forme.

C'est sous forme de solution alcoolique saturée, 6/20, que j'ai employé l'orthoforme. Il suffit d'imbiber de cette solution un petit morceau d'ouate hydrophile et de le maintenir pendant vingt minutes à une demi-heure au contact du mamelon pour obtenir, après une sensation de brûlure très supportable et de très courte durée, une analgésie très marquée dès le début du traitement et qui ne tarde pas à devenir complète. Dans les quelques cas où j'ai eu recours à l'orthoforme et dont je publierai plus tard les observations, je n'ai eu qu'un échec, échec complet d'ailleurs, car il a fallu renoncer à l'allaitement devant les douleurs intolérables que provoquaient les tétées.

L'orthoforme paraît donc devoir, dans l'immense majorité des cas, réussir contre la douleur. Les pansements antiseptiques hâtant la cicatrisation et évitant la production des lymphangites et des abcès mammaires, le nombre sera très petit des femmes que les gerçures et les crevasses du mamelon empêcheront d'allaiter leur enfant.

De l'emploi des Laits conservés amylacés chez les Enfants.

Il n'y a pas en médecine de sujet sur lequel la théorie et la pratique soient en plus parfait désaccord que sur le nourrissage artificiel des enfants en bas âge. A l'exemple de Liebig, on a, pendant de longues années, essayé de donner au lait de vache les qualités du lait de la femme en le transformant ou en lui faisant des additions de diverses substances. Plus tard on a essayé différentes conserves et composé bien des surrogats plus ou moins artificiels pour remplacer ou imiter cet important aliment. Tous ces essais n'ont eu qu'une durée éphémère et ont bientôt été abandonnés.

L'expérience pratique, le vulgaire empirisme procèdent autrement : ils nous enseignent que le meilleur aliment pour l'enfant n'est pas celui qui est composé d'après une formule arrêtée d'avance, mais bien celui qui plaît au goût de l'enfant et qui le fait prospérer. On peut composer avec beaucoup d'habileté et de science un produit nouveau, le présenter au public avec grande emphase scientifique comme l'aliment qui se rapproche le plus du lait de la femme, et, malgré tout, ce produit parfait pourra répugner à l'enfant ou être, à l'usage, mal toléré par les organes digestifs. On l'a dit souvent et avec raison : un petit enfant est un organisme et non pas une cornue de chimiste ; les formules chimiques doivent passer à l'arrière-plan lorsqu'il s'agit des fonctions physiologiques d'un être faible et délicat. En dernière analyse il n'y a que l'expérience qui puisse dire ce qui convient réellement à l'enfant ; quant aux mathématiques et aux raisonnements de la philosophie, ils ne servent pas ici à grand'chose. C'est bien à l'égard du nourrissage des enfants qu'on peut dire que toute théorie est vague ; la pratique seule — celle, bien entendu, qui se base sur les principes scientifiques connus — peut nous mettre au clair.

Il en est de même dans d'autres domaines de la thérapeutique, je n'en veux pour preuve que ce qui se passe avec nombre de préparations de peptone ou d'hémoglobine. Ce sont, là aussi, des remèdes inventés dans l'atmosphère scientifique du laboratoire ; l'enfant n'en voudra pas, et, si on le force à les avaler, en éprouvera des nausées et des troubles gastriques. Pourquoi ? Parce qu'ici, comme pour les préparations lactées, et tout en étant animés des meilleurs intentions, les inventeurs n'ont pas tenu compte de deux facteurs importants : le goût de leur préparation et la tolérance des voies digestives de leurs petits clients.

On sait, du reste, que des lavements nutritifs les meilleurs sont souvent très mal tolérés à la longue.

Dans les deux ou trois mois de la vie, si l'enfant est privé du lait maternel, il faut remplacer ce dernier par du lait de vache en corrigeant son contenu en beurre, caséine, sucre et eau, et en l'additionnant éventuellement d'une décoction de céréales. Tous les médecins sont d'accord pour dire que c'est là le moyen le plus simple, peut-être le meilleur et le moins coûteux de se tirer d'affaire, mais il est toujours admis d'avance qu'on dispose d'un lait frais et absolument pur qui se conservera tel jusqu'à l'usage.

On est également d'accord sur ce principe : qu'un lait stérilisé d'une façon absolue ou tout au moins relative n'est ni désagréable, ni nuisible à l'enfant ; mais on admet aussi d'avance, qu'en subissant l'action de températures élevées, ce lait n'aura subi aucune transformation désavantageuse à l'œil pas plus qu'au goût. Les difficultés pratiques ne manquent donc pas.

En réalité, c'est sur le nourrissage à partir de 3 mois que l'accord cesse et que deux courants se différencient parmi les médecins ; les uns veulent attendre l'apparition des premières dents avant de permettre aucune adjonction au régime, ils s'en tiennent purement et simplement au lait ; — les autres, parmi lesquels se range l'auteur de ces lignes, ont fait de bonnes expériences avec une alimentation amylacée plus hâtive ; ils sont en général satisfaits des résultats obtenus tant au point de vue de l'augmentation du poids qu'à celui de l'état du tube digestif.

Ces deux manières de voir ont, chacune pour elle, de bonnes raisons théoriques et pratiques.

Mêmes divergences d'opinions au sujet des bouillies alimentaires à employer. Au début, c'est la farine lactée Nestlé qui était presque exclusivement préférée. Elle eut par la suite de nombreuses concurrentes : les farines dextrinées de froment, d'avoine et de légumineuses, les biscuits nutritifs divers, etc. Toutes ces préparations furent recommandées par des autorités médicales.

En feuilletant les journaux de médecine parus depuis dix ou vingt ans, on y retrouve les noms d'auteurs connus, rompant des lances en faveur de tel ou tel produit. Pendant un temps la préparation la plus nouvelle était présentée comme la meilleure, jusqu'à ce qu'elle fût éclipsée à son tour par quelque chose d'encore plus nouveau et d'encore meilleur ; c'était une affaire de mode.

Combien de ces aliments pour l'enfance sont aujourd'hui tombés dans l'oubli ! Les meilleurs seuls, et il y en a bien peu, ont survécu à ce zèle productif, et sont encore en faveur actuellement ; ce sont justement les plus anciens en date.

Il suffit jadis à Zweifel de prétendre que les nouveau-nés sont incapables de transformer l'amidon en sucre parce que leur salive manque de ptyaline, pour qu'on s'empressât d'ériger un dogme nouveau et inébranlable : les amylacés sont impropres à la nourriture de l'enfant, ils sont éliminés tels quels avec les

fèces, ne font que nuire à l'enfant, ou tout au moins ne peuvent le nourrir qu'insuffisamment. Il n'en fallait pas tant pour faire tomber en discrédit toutes les « farines » en général et en particulier celles qui sont peu ou point dextrinées ; ces dernières surtout, que l'on accuse, en partie peut-être avec raison, d'être cause de scrofulose, d'infiltration des ganglions mésentériques, etc. Il est bien certain qu'une préparation insuffisante des amylacés et un nourrissage à la bouillie seule sans addition de lait sont des fautes condamnables ; il est certain aussi qu'on les commet principalement dans les classes pauvres, où une mauvaise hygiène déploie toujours ses fâcheuses conséquences. On ne tint nul compte de ces derniers faits et pendant de longues années encore on crut solidement établi que les amylacés devaient être exclus de la nourriture des enfants.

Mais en thérapeutique et surtout en diététique, des dogmes absolus sont parfois l'objet de bien étonnants retours. Ils sont admis d'abord sans conteste par l'opinion générale ; si des personnages sans notoriété s'acharnent à les ébranler, ils ne réussissent qu'à se faire traiter d'hérétiques. Mais tout d'un coup vient une autorité médicale reconnue qui procède à une révision générale : le dogme autrefois inébranlable ne se tient plus debout et s'écroule subitement.

C'est ainsi qu'il en fut des farines alimentaires pour les enfants. Heubner retourna l'opinion en faveur des amylacés en prouvant que, dès le plus bas âge, la salive de l'enfant possède des propriétés saccharifiantes. Il pense, il est vrai, qu'un nourrissage amylacé exclusif ne saurait être supporté longtemps, mais il croit pourtant que dans des états pathologiques, avec un intestin sensible et délicat, les potages amylacés peuvent non seulement ne pas être nuisibles, mais même être utiles et faire du bien. Ce qu'il y a de sûr, c'est que sous certaines conditions l'amidon peut être utilisé par l'organisme ; il faut toutefois qu'il ait subi les préparations nécessaires, qu'il ne soit pas d'un usage exclusif trop prolongé, et enfin qu'on l'emploie dans des cas appropriés.

Grâce à la découverte de Heubner qui ne saurait être révoquée en doute, l'amidon, si longtemps décrié, se trouve maintenant en partie réhabilité, et l'on peut en prescrire un usage prudent sans être suspecté d'ignorance.

De même, à l'heure qu'il est, on ne regardera plus avec méfiance les farines alimentaires dont l'amidon a été rendu soluble par l'action des températures élevées et on s'en servira avec d'autant plus de confiance qu'il y a une différence énorme entre une farine crue, à grains peu ou pas éclatés, et une farine complètement dextrinée. Puisque l'enfant peut transformer en sucre la farine crue, il en fera certainement autant des farines dextrinées, c'est-à-dire de celles qui ont subi le changement chimique obtenu autrefois par le simple rôtissage, dans les anciens biscuits de froment par exemple. Et en passant par les dits anciens biscuits, nous revenons tout naturellement à une poudre provenant de pains entièrement transformés en croûte, la farine lactée Nestlé, connue depuis bientôt trente ans. A cette époque, MM. les Docteurs G. Monod et Morpain, en France, — W. Bathurst Woodman, Sidney Ringer, Routh, en Angleterre, — Breisky et Spoendly, en Suisse, — Jœcques, en Belgique, — Sapolini, Mayer, Tibone en Italie, — Martin, Credé, Lebert, Sonnenschein, en Allemagne, — Ritter-Rittershain, Fridringer, en Autriche, et d'autres encore parmi les sommités médicales du monde entier, — avaient, d'un juste coup d'œil, vu et apprécié dans cette préparation un excellent aliment pour les petits enfants. Voilà pourquoi la plus ancienne des farines alimentaires a conservé, jusqu'à maintenant, toute la fraîcheur de la jeunesse et pourquoi la poudre formulée par Henri Nestlé a conservé la faveur des mères de famille, malgré les critiques peu bienveillantes des doctrinaires.

Je remarque en passant que le nom de Farine lactée Nestlé ne me paraît guère heureusement choisi. En effet, il ne s'agit pas ici d'une farine à amidon non transformée (comme c'est le cas général des farines alimentaires pour nourrissons), mais bien d'un biscuit réduit en poudre. En voici la préparation : on prend de la farine de froment de première qualité, et de l'eau ; sans y rien ajouter on en forme une pâte dont on calcule le contenu en gluten. Cette pâte, passée au four à de hautes températures, en ressort sous forme de biscuits entièrement transformés en croûte, sans aucune mie. Contrairement à ce qu'avance le Dr Baron et autant que je puis le savoir, il ne s'y fait aucune addition quelconque de dextrine, de ferment diastatique, d'acides ni de sels. Je me suis procuré un morceau de ce biscuit et je dois dire qu'il est tout autre que ce que je pensais. Tandis que nos biscuits (*Zwieback*) sont poreux, d'une texture très lâche, celui-là est en plaques solides, dures, de 1 à 1 1/2 centimètre d'épaisseur ; il paraît composé de nombreuses couches parallèles et de place en place il est percé de trous qui permettent une cuisson régulière. Sa couleur est d'un brun doré et son goût à peu près indifférent. Ce produit est ensuite réduit en poudre fine qu'on devrait se garder d'appeler de la farine ; cette appellation pourrait induire en erreur et devrait être réservée aux divers amidons proprement dits et non transformés en dextrine. Lebert donnait à la préparation de Nestlé le nom de « poudre lactée » ; celui de « poudre de biscuit lactée » me paraîtrait plus juste. Mais actuellement l'expression « farine lactée Nestlé » est devenue tellement usuelle qu'on n'y peut plus rien changer.

Tout ceci n'est du reste qu'une question sans valeur. L'important, c'est qu'au microscope on ne reconnaît plus qu'en partie les corpuscules amylacés de froment; ils ont été puissamment modifiés par les hautes températures de deux cuissons consécutives, si bien qu'après l'ébullition réglementaire (avec eau 1 : 30), ces corpuscules sont complètement transformés, dextrinés et solubilisés. BIEDERT lui-même le confirme pleinement. Si donc, comme j'ai pu m'en convaincre, l'amidon est ainsi presque entièrement transformé, il est pour moi hors de doute que le tube digestif d'enfants même au-dessous de trois mois pourra aussi, en grande partie du moins, bien digérer cet aliment. C'est un fait que depuis bientôt vingt-cinq ans j'ai eu souvent l'occasion d'observer.

Que les amylacés seuls soient insuffisants à la longue pour la nutrition des bébés, c'est ce que l'on a su de tous temps ; toutes les mères en ont fait l'expérience. Même les plus pauvres savent très bien, lorsque le lait seul ne suffit plus, lui adjoindre l'amidon, mais comme supplément. C'est l'origine de l'antique bouillie de biscuit, lait et sucre, aliment agréable au goût, apaisant la faim et bien supporté. L'enfant se trouve bien, prospère à souhait et n'en devient nullement scrofuleux, preuve que sa nourriture est bien digérée.

Cette alimentation a toutefois son côté faible déjà signalé plus haut : c'est la qualité du lait qui n'est pas toujours irréprochable. Depuis que nous savons que les hautes températures affaiblissent ou tuent les germes contenus dans le lait, nous ne faisons plus guère usage de ce liquide qu'après une cuisson prolongée. On prend actuellement beaucoup de précautions pour éviter la contamination du lait : on le préserve de la poussière et des autres saletés des écuries ; on surveille la propreté des personnes chargées de traire ; on stérilise en grand et on tâche d'éliminer tout accès d'air pendant le transport ; ce sont là tout autant d'excellentes garanties ; mais il ne faut pas perdre de vue qu'elles profitent plutôt aux habitants des grandes villes et aux gens aisés qu'aux campagnards et aux pauvres. Partout où l'on ne traite pas le lait en grand d'après les principes de l'hygiène moderne, sa qualité et sa bonne conservation resteront toujours très douteuses.

On a donc eu une heureuse idée en prenant le lait sain et gras de vaches suisses de la race du Simmenthal et en le condensant dans le vide sous forme d'une préparation durable. Ce produit est toujours identique à lui-même, ne se décompose pas rapidement, peut se transporter facilement, s'employer sous toutes les latitudes, et est d'un dosage tout simple. Les débuts de cette industrie sont antérieurs à notre époque bactériologique, et pourtant en Suisse, dans ce pays du bon lait, on avait déjà, par une sorte d'instinct, trouvé le moyen de faire des conserves de lait par le chauffage suivi d'une forte addition de sucre de canne. Le procédé de Vevey, d'après ce que dit mon confrère suisse, est en somme resté le même dès le commencement : le lait qui provient des contrées agricoles voisines est dû à des vaches soumises à un contrôle vétérinaire suivi et qui passent la plus grande partie de l'année en plein air; elles sont donc presque toujours bien portantes. Et en effet le contrôle vétérinaire officiel n'accuse en moyenne que 1 1/2 0/0 de maladies tuberculeuses. Refroidi et filtré sur place, le lait est versé dans des vases à fermeture hermétique et déjà quatre heures après la traite il arrive à la fabrique et entre immédiatement en manutention. On le soumet d'abord à une deuxième filtration ; on examine son poids spécifique, son contenu en beurre et on s'assure de son bon goût ; après quoi il est porté à la température de 100°. Si cela paraît nécessaire, une analyse chimique en est faite avant tout. On le mélange ensuite avec du sucre de canne pulvérisé (2 : 1) ; puis il passe dans les vacuums. On a donné ce nom à une série d'appareils à faire le vide dont chacun peut contenir 250 litres de lait. Il y reste environ deux heures à une température de 40° a 50°. Le lait condensé, ainsi obtenu, est alors mélangé au biscuit pulvérisé que nous avons cité plus haut, séché à l'étuve et réduit en poudre impalpable. La farine lactée est terminée ; des machines en remplissent avec rapidité les boîtes de fer-blanc originales qui sont hermétiquement closes par d'autres machines, ce qui fait que la poudre en question n'est exposée ni à l'air ni à l'attouchement des mains des ouvriers.

En résumé, nous avons là un lait recueilli avec toutes sortes de précautions, passé au vacuum où il est exposé à une ébullition rapide par le vide et par la chaleur, de façon à détruire les germes, s'il y en a ; nous savons en outre que ce lait a été au préalable chauffé à la température de 100° ; il est donc à prévoir qu'il a été par ce fait non seulement condensé, mais encore stérilisé. C'est en effet ce que j'ai pu constater.

J'ai ensemencé de la gélatine peptonée soit avec la poudre de farine lactée, soit avec la même farine cuite à l'eau (1 : 10) ; mes essais ont été faits à la température ordinaire avec une durée de 1 à 5 jours et je n'ai pu observer le développement ni de bactéries, ni de moisissures.

D'un autre côté, le microscope démontre que dans la préparation de farine lactée prête à l'usage, le beurre s'est très bien conservé à l'état d'émulsion ; çà et là seulement on observe quelques gouttelettes graisseuses formées par agglomération des globules de beurre. On peut dire par conséquent que, grâce à sa composition soignée et au fait qu'elle est privée de germes, cette préparation lactée répond entièrement aux exigences modernes. J'ajoute que l'échantillon examiné provenait de la vente au détail dans une pharmacie.

La farine lactée, dirons-nous en nous résumant, est une composition de lait pur, sain et sans germes, — de sucre de canne, — et de biscuit pulvérisé dont l'amidon a été rendu soluble. Elle correspond à la bouillie au lait qu'on peut en toute sûreté donner à chaque enfant bien portant au-dessus de quatre mois, et, dans certains cas, déjà avant cette époque. Une longue expérience m'a fait voir que les enfants s'en trouvent bien, ce que j'attribue en grande partie au fait que cet aliment est toujours identique à lui-même et qu'il n'est guère sujet à se gâter, à s'aigrir ou à s'infecter. J'ai même souvent vu des enfants nourris au lait et atteints de diarrhée se guérir par l'usage de la farine lactée Nestlé, alors que d'autres aliments analogues avaient complètement échoué.

Il y a pourtant des auteurs qui ont conservé quelques préventions contre cette conserve de lait amylacé.

On lui reproche en premier lieu sa trop grande richesse en hydrate de carbone ; à quoi on peut répondre qu'on ne peut guère se passer du sucre de canne ; il conserve bien le lait et fatigue moins l'intestin que des quantités égales de sucre de lait. Et si on veut employer ici l'expression connue de « ballast nuisible », c'est bien au sucre de lait qu'elle peut s'appliquer. Ce dernier est souvent cause de diarrhées; il facilite le développement de divers microbes et de bactéries productrices de gaz, et par suite de la formation d'acide lactique, accapare les alcalis et la chaux des phosphates (Baron). Le sucre de canne, lui, n'a pas ces désavantages, ou ne les a qu'à un moindre degré, sans quoi Biedert ne l'aurait pas utilisé pour sa conserve de crème, qui est certainement une préparation très rationnelle.

Le sucre, du reste, est indispensable à cause de son goût et on en ajoute aux conserves de lait non sucré aussi bien qu'au lait frais naturel. En faisant cela personne ne pense à corriger la trop faible teneur en sucre du lait de vache ; on ne pense qu'au goût de ce lait. Il est fort probable que, grâce à l'expérience, le dogme de la nocivité du sucre tombera, comme est tombé celui de l'indigestibilité de l'amidon.

Un deuxième reproche qu'on fait à l'aliment Nestlé c'est son trop faible contenu en graisse. Le lait suisse, bon et gras, ne perd par la condensation que de l'eau; si on la lui rend, la proportion de graisse revient à ce qu'elle était auparavant ; il est évident que la dilution doit être faite telle qu'elle est indiquée. La farine lactée Nestlé a un contenu en beurre de 4,6 0/0, chiffre inférieur il est vrai à celui du lait gras de Gærtner et de la crème conservée de Biedert, mais j'estime qu'il est quand même parfaitement suffisant pour assurer une bonne nutrition de l'enfant. Au demeurant, si l'on veut avoir sa bouillie de farine Nestlé plus riche en graisse, rien ne s'oppose à ce qu'on y ajoute un peu de beurre frais ou de crème.

Un troisième reproche, c'est le prix ; on trouve la farine lacté Nestlé trop chère. Je ne suis pas de cet avis : un litre de cette bouillie revient à trente-sept centimes environ, ce qui n'est certes pas trop en regard de ce que coûte le bon lait frais spécialement destiné aux enfants. La farine lactée Nestlé contient déjà un excellent lait de vache et les amylacés qu'on doit lui ajouter comme supplément, tandis que d'après d'autres méthodes, il faut encore se procurer ces substances à part. Voilà justement pourquoi l'aliment Nestlé est relativement bon marché ; l'idée qu'il n'est que pour les enfants des riches est complètement erronée.

Enfin on prétend que la farine lactée Nestlé ne doit pas être donnée dans les premiers mois de l'existence. C'est là une règle à laquelle il faut se tenir en principe et on fait bien de n'employer que le lait pendant les trois ou quatre premiers mois. Mais il n'y a pas de règle sans exception. Souvent, au cours de la saison chaude, l'intestin de l'enfant est dans un état qu'on pourrait qualifier d'équilibre instable, et alors le médecin se voit forcé d'abandonner le lait frais pour prescrire des décoctions de céréales ou des astringents comme le café de glands ; c'est ici, à mon avis, que la farine lactée Nestlé est tout indiquée : elle apaise l'intestin, ramène les sécrétions à la normale, nourrit bien et éloigne les dangers d'un collapsus menaçant. On le voit donc, cette préparation peut, dans certaines circonstances, être aussi employée chez de très jeunes enfants et les ramener de bien loin ; c'est là un fait qui a été constaté bien des fois.

Uffelmann et Seitz vont décidément trop loin en demandant qu'on s'abstienne des farines alimentaires jusqu'à 10 mois, ou jusqu'à l'apparition des dents. Beaucoup d'enfants ressentent déjà auparavant le besoin d'une nourriture plus substantielle ; on en a vu à l'âge de 5 ou 6 mois, et nourris au lait seul, crier la faim et être parfaitement satisfaits après l'ingestion d'une bonne bouillie à la semoule. Evidemment Breisky n'avait pas tort, il y a déjà vingt-quatre ans, quand il recommanda la farine lactée Nestlé dans des cas pareils ; car elle ne cause, on peut le dire, ni infiltrations ganglionnaires, ni catarrhes d'intestin, ni retard dans l'augmentation normale en poids et en embonpoint.

Je n'insiste pas sur la difficulté qu'il y a dans les grandes villes à se procurer un lait de qualité toujours bonne et à le garder intact, même peu de temps. La farine lactée Nestlé, qui est le type des conserves de lait amylacées, nous permet de nous passer de lait frais, au besoin pendant longtemps. C'est pourquoi j'ai cru de mon devoir d'attirer l'attention de mes confrères sur cette préparation ; c'est à tort qu'elle a eu à souffrir des défauts d'autres aliments destinés à l'enfance.

Dr L. Fürst.

Clinique médicale de la Charité. — M. le Professeur Combemale

Note sur un cas d'absorption accidentelle de fuchsine

par **M. Petit**, externe du service.

La fuchsine est-elle toxique ? c'est là une question qui fut vivement discutée naguère et émut considérablement l'opinion, lorsque l'hygiène publique fut mise en cause par l'apparition des vins fuchsinés. Des cas d'empoisonnement ayant été mis sur le compte de la fuchsine, l'autorité appliqua sans hésiter l'article 123 du Code sur les fraudes alimentaires, et de nombreuses condamnations furent prononcées. De divers côtés cependant, des expérimentateurs se levèrent qui étudièrent de près la question de la toxicité de la fuchsine, mais sans arriver aux mêmes résultats; pour les uns, en effet, la fuchsine ne présenterait aucun danger, pourvu qu'elle fût employée parfaitement pure ; d'autres, au contraire, affirment la nocuité de cette substance même débarrassée de ses impuretés de préparation. Nous verrons plus loin en détail sur quelles expériences se basent des conclusions aussi divergentes ; nous passerons en revue les différents procédés d'expérimentation employés par les auteurs et nous verrons ce qu'il faut en penser.

Comme contribution à l'appui de l'une des opinions précédentes, relatons de suite notre observation, puisque nous avons eu la rare fortune d'observer nous-même les effets de la fuchsine, à la suite d'une absorption involontaire de ce produit.

Wanh..., Marcel, 43 ans, cordonnier, absorbe par mégarde, dans la nuit du 27 au 28 décembre 1899, vers une heure du matin, une solution de fuchsine dans l'eau, additionnée ensuite de pétrole ; cette préparation est destinée, paraît-il, à donner à certains cuirs, une coloration recherchée, et le pétrole ajouté donne le brillant nécessaire.

Dans l'obscurité et croyant boire de l'eau, le malade absorbe le contenu d'un bol, d'un seul trait, soit une cinquantaine de grammes de pétrole, et 7 à 8 grammes de fuchsine.

Immédiatement, il ressent des douleurs cuisantes dans l'œsophage et au creux épisgastrique ; pourtant les douleurs s'atténuent rapidement, au point que le malade retrouve son sommeil. *Aucun vomissement* ; mais à son réveil, il constate lui même de la bouffissure du visage, de l'œdème des membres supérieurs et de l'abdomen.

C'est dans cet état qu'il se présente, à 11 heures, à la consultation de l'hôpital, où il est admis d'urgence, dans le service de M. le professeur Combemale, on lui administre un vomitif, on ordonne le régime lacté absolu et on fait conserver les vomissements et les urines.

Le lendemain, à la visite quotidienne, le malade se plaint encore de douleurs au creux épigastrique, le sommeil a été pénible et agité ; cependant, le facies ne présente rien de bien anormal, la bouffissure ayant presque disparu.

Les muqueuses buccale, gingivale, linguale, revêtent une teinte rouge uniforme, ainsi que la plupart des dents ; il y a de l'hypersécrétion salivaire.

Le vomissement, provoqué par l'ipéca, est de couleur jaune noirâtre, ressemblant à un vomissement fécaloïde, mais il n'en a pas l'odeur.

Les matières fécales (5 à 6 selles diarrhéiques) ont une couleur rouge accentuée.

Le volume des urines en 24 heures est de 2 litres ; elles sont limpides, de coloration rougeâtre, plus exactement orange (1).

Après quelques jours de repos et de régime lacté tout rentre dans l'ordre ; les selles et les urines ont repris leur teinte normale ; la muqueuse buccale, les gencives et les dents ont encore une teinte rosée ; plus de douleurs stomacales; le malade sort de l'hôpital, sur sa demande, le 6 janvier 1900.

Comme antécédents, rien de particulier à part des habitudes alcooliques (tremblements des doigts et de la langue, douleurs musculaires et crampes, gérontoxon très accentué malgré son âge (43 ans).

Comme on le voit, les phénomènes présentés par notre malade n'ont rien eu de bien dangereux pour lui, mais ils n'en méritent pas moins d'être signalés, en tant que manifestations toxiques d'un produit dont on a longtemps discuté la nocuité.

Les premières expériences sur la toxicité de la fuchsine remontent à 1876. A cette époque, Husson (de Nancy) opérant sur des lapins d'un an auxquels il il administre jusqu'à 8 grammes de fuchsine en huit heures, et qu'il sacrifie deux jours après, bien en vie, en arrive à cette conclusion : « On croit pouvoir affirmer, dit-il, que si la fuchsine employée est chimiquement pure, il n'y a pas grand inconvénient à s'en servir ; mais aujourd'hui le produit employé est arsenical, et c'est à l'arsenic que l'on doit surtout attribuer les accidents qui ont été signalés ! »

A la même époque, Clouet et un de ses élèves, Barbey, à Rouen, Bergeron, à Paris, entreprennent une série d'expériences sur eux-mêmes et sur des animaux et en arrivent aux mêmes conclusions :

1° L'un des auteurs absorbe, en huit jours, 3 gr. 20 de

(1) Cette teinte ne survient qu'un moment après l'émission des urines lorsqu'elles ont déjà séjourné quelques heures dans le bocal au contact de l'air ; c'est ainsi que le malade nous fait observer quelques taches sur son linge, qui ne présentait aucune coloration immédiatement après la miction, et qui, un quart d'heure après, sont devenues de la couleur bien caractéristique « rouge fraise écrasée »; nous essayons par acquit de conscience de reproduire ce phénomène avec les urines conservées depuis 24 heures, mais notre expérience est négative.

fuchsine sans aucun accident ; l'expérience est répétée sur un autre sujet.

2° Ils font absorber à un chien, sans inconvénient, jusque 65 grammes de fuchsine en six jours.

3° Un gramme de fuchsine pulvérisé est déposé dans une plaie saignante musculaire pratiquée à un lapin d'un an ; on constate simplement la coloration des urines et des excréments. D'où les auteurs concluent : « La fuchsine, débarrassée de toute matière étrangère, bien purifiée, est une substance inoffensive, même à forte dose. Au point de vue de l'hygiène publique, ce qu'il faudrait proscrire, c'est non pas l'emploi pour colorer d'une matière bien préparée, avec des produits purifiés, mais toute fabrication clandestine dans laquelle on se servirait de fuchsine impure et pouvant contenir de l'acide arsénique. Là est le danger, et sans aller aussi loin que HUSEMANN, et croire que plusieurs personnes pourraient être empoisonnées, nous pensons qu'il peut en résulter des accidents sérieux ».

Donc d'après HUSSON (de Nancy), d'après BERGERON et CLOUET, la fuchsine n'est toxique que par ses impuretés de préparation.

Mais voyons la thèse contraire :

Toujours vers la même époque des physiologistes de la Faculté de Nancy, FELTZ et RITTER, opérant sur des chiens par injection intra-veineuse, affirment la toxicité de la fuchsine pure : « La fuchsine éliminée par les urines et la salive, irrite les organes sécréteurs de ces liquides, cause le prurit de la bouche, l'albuminisation des urines, de la diarrhée, » dans plusieurs cas même, les phénomènes sont encore plus graves et on observe « de la titubation », un « abattement marqué », un « anasarque généralisé », et bien souvent « la mort ».

En 1878, JOUSSET DE BELLESME et ANDOUARD, de l'école de Médecine de Nantes, arrivent aux mêmes conclusions en variant le mode d'introduction de la fuchsine dans l'organisme ; ils emploient tour à tour les injections intra-veineuses, sous-cutanées et la voie stomacale ; ils constatent chez divers animaux, les lapins, chats, cobayes, chiens, toujours de la diarrhée, une diminution de l'urée émise ; la présence de l'albumine dans l'urine ne leur paraît pas constante, mais ils observent presque invariablement un amaigrissement rapide des animaux soumis à l'expérience, et quelquefois la mort.

Nous voici loin des conclusions de HUSSON et de BERGERON et CLOUET !

Mais, comme le fait excellemment remarquer BERTET (Thèse de Paris, 1880. *De la fuchsine et de son emploi dans le traitement de l'albuminurie,*) il faut tenir compte des conditions dans lesquelles se sont placés les physiologistes pour leurs expériences : HUSSON, dit-il, n'emploie que la voie stomacale, BERGERON et CLOUET emploient la voie stomacale et, de plus, un autre procédé qui consiste à déposer la fuchsine dans la plaie saignante d'un muscle long sectionné ; FELTZ et RITTER, eux, emploient les injections intra-veineuses ; or, c'est seulement dans leurs expériences que surviennent les accidents graves : la titubation, dénotant un retentissement sur le système nerveux, l'albuminurie et la mort. Il y a donc lieu de se demander si ce n'est pas simplement au mode de procédé opératoire qu'il faut attribuer des variations si grandes dans la gamme des accidents relatés. Nous ajouterons que la question de doses ne nous paraît pas étrangère non plus à la question, et ces doses atteignent parfois un chiffre élevé par kilogramme de poids vivant. Quoi qu'il en soit, des phénomènes d'intoxication ont été relatés, tant à la suite d'ingestion par la voie stomacale (JOUSSET de BELLESME et ANDOUARD), que par les injections intra-veineuses, et nous en prenons note.

Nous voulons dire aussi quelques mots des essais tentés avec la fuchsine dans le traitement de l'albuminurie ; en même temps qu'ils signalaient l'innocuité de la fuchsine, BERGERON et CLOUET citaient le cas d'un de leurs élèves à qui cinq centigrammes de fuchsine avaient suffi pour faire disparaître la présence d'albumine dans les urines.

C'est sans doute en se basant sur ce fait que BOUCHUT l'administre à plusieurs de ses albuminuriques à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour. A la suite de ses essais, il publie six observations favorables, mais qu'il est facile de réfuter, ainsi que l'a fait remarquer DIEULAFOY. C'est qu'en effet BOUCHUT emploie la fuchsine dans l'albuminurie en même temps qu'il soumet ses malades au régime lacté absolu ; c'est se mettre, on en conviendra, dans des conditions bizarres d'expérience, et personne ne contestera l'efficacité du régime lacté seul dans le traitement de l'albuminurie.

Il faut adresser les mêmes reproches à plusieurs autres observations, qui suivirent celle de BOUCHUT, et très favorables à l'emploi de la fuchsine. Citons au

contraire, comme faisant exception à cette règle, quatre observations consignées dans la thèse déjà citée de BERTET, où la fuchsine fut employée à l'exclusion de toute médication et de tout régime. Or la conclusion ici est très différente ; dans chacun des cas relatés, le taux de l'albumine est resté sensiblement le même, après une longue administration du médicament ; il s'est au contraire invariablement amendé sous l'influence du régime lacté.

Ces faits furent sans doute reconnus bien exacts par les cliniciens, car la fuchsine, après cette courte apparition dans notre pharmacopée, est retombée pour toujours dans l'oubli.

Des expériences relatées plus haut, il semble donc résulter que la fuchsine, très nuisible en injections intra-veineuses, ne donne, introduite par la voie stomacale, que des manifestations toxiques bien moins graves. Quant aux impuretés sur lesquelles on a voulu rejeter tout le mal, elles sont tellement infimes, nous affirme-t-on dans une maison de produits chimiques universellement réputée, d'après les procédés de préparation actuelle qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Les seuls procédés employés aujourd'hui dans l'industrie sont le procédé BECHAMP (réduction du nitrobenzène), laissant à peine quelques traces de chlorure de zinc ; le procédé GIRARD et de LAIRE (acide arsénique) laissant des traces tellement infimes d'arsenic qu'il faudrait absorber des quantités considérables de fuchsine pour constater de l'intoxication arsenicale. Ce n'est point le cas de notre malade qui a pu en prendre 8 grammes au plus, nous nous en sommes assurés ; au reste, s'il y avait eu empoisonnement par l'arsenic, il y aurait eu très probablement de l'intolérance de l'estomac ; or, il n'y a eu de vomissements, nous l'avons vu, que les vomissements provoqués.

Nous attribuons donc en très grande partie les phénomènes observés à la fuchsine elle-même.

Pour nous résumer nous avons constaté le passage de la fuchsine dans les urines et dans les selles ; des troubles de la salivation, de la diarrhée ; nous n'avons pas examiné les urines au point de vue albuminurie et phosphaturie (FELTZ), mais nous avons constaté de l'œdème spontané du visage, des bras, de l'abdomen, et nous rapprocherons volontiers notre cas des observations de FELTZ et RITTER notant une albuminurie intense accompagnée d'anasarque.

Quant au pétrole absorbé en si petite quantité nous n'en avons point parlé, parce que nous ne connaissons pas d'exemple où il ait eu une action toxique ; sans doute il faut lui attribuer une part dans les douleurs stomacales éprouvées par notre malade : en tout cas, au point de vue de sa non-toxicité, nous citerons le cas d'un tuberculeux de notre connaissance qui absorba involontairement le contenu d'un verre de pétrole et chez qui les jours qui suivirent coïncidèrent d'après ses affirmations, avec une amélioration inaccoutumée de l'état général.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des sciences. — MM. BARDIER et FRENKEL : L'alternance dans le fonctionnement des reins n'existe pas à l'état physiologique.

Académie de médecine. — M. FERNET recommande dans le traitement de la grippe de favoriser l'élimination des toxines par le rein.

Société de Chirurgie. — M. PINARD préconise le procédé du dédoublement dans la cure des fistules vésico-vaginales.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les Maladies des Enfants, faites à l'hôpital Saint-Sauveur (1896-97, 1897-98, 1898-99), par E. AUSSET, professeur agrégé à Lille.

La troisième série des *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, de M. le Professeur AUSSET, vient de paraître, permettant de poursuivre l'étude si intéressante et si spéciale de la pathologie du jeune âge.

Dans les deux séries précédentes, le professeur Ausset avait étudié un certain nombre d'affections communes et fréquentes, dont la connaissance s'impose à tout praticien comme à tout étudiant ; telles sont : l'athrepsie, le gros ventre tympanique, le gros ventre flasque, la fièvre typhoïde infantile, la coqueluche, la tuberculose, des ganglions bronchiques, la tuberculose infantile, la chorée, les maladies cardiaques de l'enfance, la syphilis héréditaire, les maladies éruptives, etc., soit que l'auteur considérât chacune de ces questions dans son ensemble, soit qu'il voulût mettre en lumière quelques points mal élucidés ou attirer l'attention sur certains faits cliniques importants.

L'ordre poursuivi n'était pas dû au pur hasard, mais au choix qu'avait fait l'auteur, avec les cas les plus intéressants de son service ; des questions de pratique courante immédiate et le but recherché était de les réunir en un livre qui fût utile à tous sans exception. Aussi le succès qu'en eut les deux séries précédentes a-t-il fait à l'auteur un devoir de poursuivre son travail dans le même sens. La troisième série, consacrée à l'étude, notamment des convulsions infantiles, de la paralysie faciale, des spasmes laryngés dans la diphtérie, considérés dans leur rapport avec le tubage, du rachitisme, de la splénopneumonie, des pleurésies, de la bronchite chronique simple et de la dilatation des bronches, indique bien également la préoccupation de l'auteur.

Le point de vue didactique n'est d'ailleurs pas négligé,

car, à propos de chaque cas, l'auteur examine la maladie dont ce cas n'est d'une modalité, et montre les variations et les formes diverses qu'elle peut revêtir aux yeux du clinicien, de même que le traitement qui s'applique à chacun de ces cas ou à chacune de ces formes. Chemin faisant, il apporte ses idées personnelles à l'explication des phénomènes observés, ce qui, avec la façon claire, précise et méthodique dont les sujets sont exposés, donne à ce travail une réelle originalité. Nos lecteurs verront si nos remarques sont justifiées.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Club médical de Paris.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos confrères de Paris et de la province que le projet, tenté à différentes reprises, de la constitution d'un club médical, vient enfin de se réaliser sous la forme d'un groupe professionnel spécial du cercle national.

Son but est d'entretenir entre tous ses membres des relations cordiales et suivies, basées sur l'estime et la confiance réciproques, de créer un centre professionnel ouvert aux membres du corps médical parisien et d'offrir une courtoise hospitalité aux médecins de province et de l'étranger, en déplacement temporaire à Paris.

Son siège est, 5, avenue de l'Opéra, dans une dépendance particulière du Cercle national.

Peuvent en faire partie, tous les docteurs en médecine reçus dans une Faculté française. (Article VII du règlement.)

Article VIII. — Le nombre de ses membres est illimité.

Article IX. — La présentation d'un candidat doit être faite par deux membres du Comité.

Article X. — L'admission est précédée de l'affichage quinze jours d'avance. Elle est prononcée par le Comité après enquête et rapport à la majorité des 4/5 des membres présents ou représentés.

Article XIII. — Des cartes spéciales seront délivrées, pour la durée de leur séjour à Paris, aux médecins de province et de l'étranger qui en feront la demande.

Un Bureau spécial aura pour mission de prévoir et d'effectuer à des prix convenables, la location et retenue des appartements pour les médecins visiteurs de l'Exposition, qui s'adresseront à lui.

Il fournira à ces médecins, pendant la durée de leur séjour à Paris, les renseignements professionnels et scientifiques sur le cours des Facultés ou autres, services hospitaliers, congrès médicaux, sociétés scientifiques et médicales, etc.

Pozzi, *président*; De Ranse, Faisans, *vice-présidents*, Doléris, *secrétaire général*; Desnos, *trésorier*; Chassevant, *bibliothécaire*; Baudouin, Bouloumié, Boursier, Brissaud, Chervin, Chevallereau, Coudray, Durand-Fardel, Florand, Huchard, Janin, Jullien, Laborde, Lataste, Lefèvre (V.-Ch.), Leroux (Ch.), Gérard-Marchant, Maygrier, De Molènes, Peyrot, Poyet, Richelot, Valude, *membres du Comité*.

Adresser toute demande d'admission au Dr Doléris, secrétaire général, 5, avenue de l'Opéra.

Année scolaire 1899-1900 (1er Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

du 16 Mars au 31 Juillet 1900

Première année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie	de 5 h. à 6 h.
	Cours de physique biologique	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux pratiques de physique	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physique biologique	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie	de 5 h. à 6 h.
	Cours de physique biologique	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.

Deuxième année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 2 h. à 4 h.
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux pratiques de chimie	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie biologique	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.

Troisième année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie	de 3 h. à 4 h.
MARDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de bactériologie	de 3 h. à 5 h.
	Cours de médecine opératoire	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie	de 3 h. à 4 h.
JEUDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de bactériologie	de 3 h. à 5 h.
	Cours de médecine opératoire	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie	de 3 h. à 4 h.

SAMEDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.

Quatrième année de Médecine

LUNDI	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. à 6 h. 1/2.
MARDI	Clinique chirurg. des enfants	à 10 h. 1/4.
	Cours de médecine légale	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Cours de laryngologie	de 3 à 4 h.
	Cours de médecine opératoire	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Cours de pathologie interne	de 4 h. à 5 h.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. à 6 h. 1/2.
JEUDI	Clinique de laryngologie	de 9 h. à 11 h.
	Cours de médecine légale	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique de laryngologie	à 9 h.
	Clinique chirurg. des enfants	à 10 h. 1/4.
	Cours de pathologie interne	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de médec. opér.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Clinique obstétricale	de 5 h. à 6 h. 1/2.
SAMEDI	Confér. du labor. des cliniques	à 9 h.
	Cours de médecine légale	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Cours de laryngologie	de 3 à 4 h.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe	de 5 h. à 6 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

LUNDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Travaux pratiques de chimie	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie organique	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Cours de chimie biologique	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
SAMEDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale.	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Cours de chimie organique	de 5 h. à 6 h.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de chimie organique	de 5 h. à 6 h.
	Cours de bactériologie	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de bactériologie	de 3 h. à 5 h.
MERCREDI	Cours de bactériologie	de 5 h. à 6 h.
	Cours de chimie biologique	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de bactériologie.	de 3 h. à 5 h.
VENDREDI	Travaux pratiques de chimie	de 9 h. à midi.
	Cours de bactériologie	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours d'histoire naturelle	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux pratiques de chimie	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie organique	de 5 h. à 6 h.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Travaux prat. d'hist. naturelle	de 2 h. à 4 h.
	Cours de chimie organique	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Cours de chimie biologique	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux pratiq. de physique	de 2 h. à 4 h.
VENDREDI	Travaux prat. d'hist. natur.	à 8 h.
	Travaux pratiq. de pharmacie.	à 2 h.
SAMEDI	Cours de botanique	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat de pharmacie.	à 2 h.
	Cours de chimie organique	de 5 h. à 6 h.

Un concours pour l'admissibilité aux emplois de **médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés** aura lieu au mois de mai 1900 ; ce concours sera régional, il y aura quatre régions.

Dans la première région le concours aura lieu alternativement à Lille et à Nancy ; en 1900, il aura lieu à Lille ; dans la deuxième, à Paris ; la troisième, à Lyon ; dans la quatrième, alternativement à Montpellier, Bordeaux et Toulouse. En 1900, il aura lieu à Montpellier.

Le nombre des places mises au concours est de douze, réparties ainsi qu'il suit, entre les régions indiquées ci-après, savoir : région de Paris, 5 places ; région du Nord, 3 places ; région de l'Est, 2 places ; région du Midi, 2 places.

Voici la répartition des départements entre les quatre régions établies pour le concours :

Région de Paris. — Calvados, Cher, Côtes-du-Nord, Deux-Sèvres, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loire Inférieure, Loiret, Manche, Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Oise, Orne, Sarthe, Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Seine-Inférieure, Vendée, Vienne.

Région du Nord. — Aisne, Ardennes, Aube, Belfort, Doubs, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Pas-de Calais, Haute-Saône, Somme, Vosges.

Région de l'Est. — Ain, Allier, Hautes-Alpes, Ardèche, Côte-d'Or, Drôme, Isère, Jura, Loire, Haute-Loire, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie, Yonne.

Région du Midi. — Aude, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Ariège, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cantal, Charente, Charente-Inférieure, Corrèze, Corse, Creuse, Dordogne, Gard, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Algérie.

— Dans l'instruction que le Ministre de la guerre vient d'adresser aux préfectures, relativement à l'admission à l'**Ecole du service de santé militaire** en 1900, nous relevons :

a) Que le concours d'admission doit s'ouvrir le 21 juin prochain.

b) Que les aspirants doivent se faire inscrire du 1er mai au 26 au soir, date extrême à la préfecture du département, où ils font leurs études médicales s'ils sont civils, à la préfecture du département dans lesquels ils sont en garnison, s'ils sont militaires.

c) Que les épreuves écrites se feront dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée ; la composition scientifique, le 21 juin de 8 heures à midi ; celle

de langue allemande, de 2 à 4 heures; celle de philosophie le 22, de 8 à 11 heures.

d) Que les épreuves orales auront lieu à Lille, le 7 Août, à l'hôpital militaire; à Paris, au Val de Grâce, le 1er Août; à Nancy, le 11 Août.

Soutenances de thèses

M. G.-C.-E.-J.-B. Boeldieu, externe des hôpitaux, de Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès le mercredi 14 mars, sa thèse de doctorat (5me série n° 151) intitulée : **Du traitement de la tumeur blanche du genou chez l'enfant, jugé d'après certains résultats éloignés, relatés dans 83 observations.**

M. G.-E. Raviart, de Saint-Amand (Nord), interne des hôpitaux de Lille, interne de l'asile de Bailleul, préparateur chargé des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté, lauréat à la Faculté, a soutenu le samedi 17 mars, sa thèse de doctorat (5me série, n° 150) intitulée : **Les tubercules des pédoncules cérébraux.**

FACULTÉ ET ÉCOLE DE PROVINCE

Reims. — M. le docteur A. Pozzi, professeur de pathologie chirurgicale est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Decés, décédé.

Distinctions honorifiques

Médailles des épidémies. M. le docteur Febvré, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, (Seine), reçoit un rappel de médaille d'or.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Roudaire, de la Peyrouse (Allier); Cassat, de Frousac, (Gironde); Lebreton, médecin des hôpitaux de Paris; Demouchaux, de Saint-Quentin (Aisne); La Saigne, de Tournon (Ardèche); Mazars, de Bourg-la-Reine (Seine); Broallier, de Lyon; Truchot, professeur de physique à l'école de médecine de Clermont-Ferrand; (Puy-de-Dôme); Rousseaux, de Vouziers (Ardennes).

Rivière, étudiant en médecine à Montpellier; Amiel, étudiant en médecine à Lyon.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

10me semaine, du 4 mars au 10 Mars 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	15	5
3 mois à un an	2	8
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	3	1
20 à 40 ans	10	7
40 à 60 ans	14	12
60 à 80 ans	7	12
80 ans et au-dessus	»	4
Total	56	53

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Causes	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2
Apoplexie cérébrale	»	»	1	1	1	1	»	»	»	»	»	4
Bronchite et pneumonie	4	4	»	2	»	6	»	2	3	»	1	22
Maladies organiques du cœur	1	»	1	1	»	2	»	»	»	»	»	5
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	3	3	6	»	4	»	1	3	»	»	20
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	1	2	»	5	3	1	1	»	1	1	»	15
Méningite tuberculeuse	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Autres tuberculoses	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	2
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	2	4	4	8	2	5	4	4	2	»	»	35
TOTAL des DÉCÈS	8	13	10	24	7	19	5	7	14	1	1	109
NAISSANCES par Quartier	10	6	16	26	4	8	6	4	13	3	6	102

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 167. Quatrième Année. N° 12. Le Numéro : 10 centimes. 25 Mars 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur la méthode de CERNY & TRUNECEK. — Traitement des Epithéliomas par les applications arsenicales(1).

Par M. **Paul Lamotte,** interne des Hôpitaux.

MM. Cerny et Trunecek, de Prague, ont fait paraître successivement dans la *Semaine Médicale* :

1° Une publication sur « la guérison radicale du cancer épithélial » (5 mai 1897).

2° Un article sur « les formes de cancer justifiables des applications arsénicales » (22 mars 1899).

Le traitement par des badigeonnages avec une solution d'acide arsénieux, que ces auteurs préconisaient dans le cancer et plus particulièrement dans les cancroïdes de la face, était loin d'être une nouveauté ; car, en tous temps, existèrent des gens qui eurent horreur des interventions sanglantes dans le cancer et qui traitaient les affections cancéreuses exclusivement par des applications de poudres ou de pommades caustiques presque toujours à base d'acide arsénieux.

Cette rénovation d'un traitement ancien donna à Cerny et Trunecek de magnifiques résultats. Quelques observations personnelles nous ont permis d'étudier de plus près cette médication et nous ont montré que, dans certaines circonstances, soit à cause de l'état général du malade, soit à cause du siège de l'affection, les personnes atteintes d'un cancer cutané semblaient bénéficier du traitement lent par les applications de la solution caustique, beaucoup plus que de la méthode sanglante, enlevant, il est vrai, d'un seul coup, le néoplasme, mais pouvant quelquefois présenter de graves inconvénients.

Historique

Nous ne ferons qu'une énumération rapide des nombreux produits caustiques à base d'acide arsénieux employés de tout temps dans le traitement du cancer.

De tout temps en effet l'acide arsénieux fut considéré comme une sorte de spécifique du cancer ; il semblait avoir une affinité spéciale pour le tissu cancéreux et ne paraissait attaquer que lui seul, tandis que le bistouri, pour enlever le néoplasme en entier, enlève en même temps du tissu sain et provoque ainsi des mutilations étendues.

Aussi le nombre de caustiques arséniés ne manque-t-il pas. Nous ne citerons que pour mémoire : La poudre du frère Côme, la poudre de Rousselot, poudre de Dubois, poudre arsenical, de Dupuytren, poudre

(1) Le présent mémoire a obtenu, pour l'année 1899, le prix de la Société des anciens internes des hôpitaux de Lille.

arsenicale du Codex de 1837, poudre de CAZENAVE, caustique de PLUNKETT, poudre de JUSTAMOND.

Ces différentes poudres contenaient de 1 à 5 gr. d'acide arsénieux pour 30 gr. de poudre inerte.

Le nombre de pommades escharotiques ne manquait pas non plus; pommade du frère CÔME, liniment arsenical de SWIEDAN, pommade de MANEC, et les diverses pâtes arsenicales créosotées.

En 1896, CERNY et TRUNECEK revinrent à la méthode arsenicale un peu délaissée.

Ils firent successivement des essais avec l'arsenic en poudre, ce qui ne donna aucun résultat, puis avec une solution d'acide arsénieux dans la glycérine pure; mais ce topique avait l'inconvénient de provoquer, dès la première application, une croûte absolument imperméable et qui rendait impossibles de nouveaux badigeonnages.

Finalement, après de nombreux essais, CERNY et son collaborateur s'arrêtèrent à un mélange d'acide arsénieux dans de l'alcool et de l'eau.

Acide arsénieux	1 gr.
Alcool éthylique. . . .	ãã 75 gr.
Eau distillée	

Manuel opératoire. — Voici leur manière de procéder :

La surface ulcérée est soigneusement nettoyée et abstergée. Au besoin même, on cruentera l'ulcération cancéreuse, « car il est indispensable que le contact du topique avec le tissu morbide s'effectue en présence de sang frais; d'ailleurs quelques gouttes suffisent parfaitement et si le sang s'écoulait avec trop d'abondance, il faudrait sécher la plaie avant d'appliquer le remède ». On badigeonne ensuite la plaie avec la solution arséniée, en choisissant comme porte-caustique soit un pinceau, soit encore un tampon d'ouate hydrophile fixé sur une pince hémostatique.

Veiller à ce que la solution ne s'écoule pas au delà de la plaie, surtout lorsque l'ulcération est dans le voisinage de l'œil, sur la paupière par exemple.

Le badigeonnage fait, on laisse évaporer, et l'on panse à plat. D'après les auteurs, le pansement est inutile, sauf dans les vastes ulcérations susceptibles de se souiller facilement. Il est toujours préférable, disent-ils, de laisser l'ulcère sans pansement.

Tous les jours, un nouveau badigeonnage est pratiqué. On peut, au bout de quelques jours de traitement, appliquer une solution arséniée plus concentrée. Au lieu de la solution à 1/150, on applique une solution à 1/100 et même 1/80.

Les malades dont nous présentons les observations ont été traités de la même manière. Après un grattage des lésions cancéreuses avec la curette, ou abrasion aux ciseaux dans les néoplasmes exubérants, on pratiquait soit tous les jours, soit tous les deux ou trois jours, un badigeonnage avec une solution alcoolique au 100e d'acide arsénieux.

Quel aspect prend la plaie après les badigeonnages? Le premier jour, l'ucération est couverte incomplètement d'une croûte jaunâtre, très mince et très adhérente. Si l'on continue tous les jours ou tous les deux jours les applications de la solution de CERNY, on voit l'escharre s'étendre en surface et couvrir bientôt toute la plaie; au point de vue de la coloration, de jaune qu'elle était, la croûte devient brune, puis noire.

Au bout de quelque temps, les bords de la croûte se décollent, et l'escharre se détache tout d'une pièce.

Sur la plaie mise ainsi à nu, on pratiquera une nouvelle application avec la solution caustique; « si une croûte dure et adhérente commence à se reformer, on poursuivra les applications; si, au contraire, on ne constate qu'une croûtelle jaunâtre, mince, facile à détacher, c'est que tout le tissu néoplasique est détruit, et alors la plaie devra être traitée comme une plaie ordinaire. »

Inconvénients de la méthode. — On a fait plusieurs reproches à la méthode de CERNY et TRUNECEK.

Douleur. — On l'accusait de provoquer des douleurs très vives qui duraient, disait-on, plusieurs heures après le badigeonnage. Cette opinion semble un peu exagérée. Les malades, en effet, que nous avons observés, ne se sont jamais plaints de souffrir, ils accusaient une légère sensation de chaleur, mais très tolérable.

D'ailleurs, si le patient éprouvait, après la première application, des douleurs trop considérables, on pourrait faire précéder les badigeonnages d'un attouchement avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, ou encore, comme le conseille CERNY, mélanger de l'orthoforme à la mixtion caustique. La préparation qui suit, par exemple, calme absolument les douleurs :

Orthoforme . . .	ãã 1 gr.
Acide arsénieux .	

Alcool . . . . . }
Eau . . . . . . } ãã 40 gr.

Réaction inflammatoire. — On a reproché aussi à la méthode de provoquer, autour de la plaie, une inflammation avec œdème. Dans une de nos observations, nous relevons un cas de ce genre ; la zone inflammatoire dans cette circonstance disparut rapidement et n'eut aucun inconvénient.

Ces réactions inflammatoires semblent dues à la plus ou moins grande susceptibilité du sujet. On pourra, dans ces cas, employer au début une solution un peu moins concentrée.

Conjonctivite. — Quelques auteurs ont signalé une conjonctivite intense dans les cancroïdes siégeant près de l'œil. Nous avons plus loin deux observations d'épithélioma, siégeant l'un à la région temporale, l'autre sur le nez, dans l'angle interne de l'œil ; jamais nous n'avons observé d'accident de ce genre. Il suffira dans ces cas d'appliquer la mixture avec beaucoup de précautions, de garantir l'œil avec un tampon de ouate et de garnir les bords de l'ulcère d'un corps gras, vaseline boriquée, par exemple.

Coryza. — Enfin on a signalé de l'inflammation de la muqueuse pituitaire, dans les cancroïdes siégeant à l'orifice des fosses nasales. Cet accident ne nous est jamais arrivé.

Les inconvénients de la méthode sont donc peu graves, et il est facile de les éviter ou d'y remédier.

OBSERVATIONS

Nous passerons d'abord rapidement en revue les observations de Cerny et Trunecek.

Nous étudierons ensuite plus en détail l'histoire de malades que nous avons pu suivre et observer.

Observation 1. — Cerny et Trunecek. — *Semaine médicale* (5 mai 1897). — Ce cas concerne une femme âgée de 84 ans. Elle a vu se développer, il y a sept ans, dans le sillon naso-labial gauche, une pustule qui ne pouvait guérir. Admise à la clinique chirurgicale de Gussembauer, à Prague, on porte le diagnostic de cancer épithélial.

Le chirurgien refuse d'intervenir à cause de l'âge de la malade. Elle vint nous consulter. Notre traitement institué en avril 1895 ; au bout de trois mois la femme est guérie complètement, ne présentant qu'une perte de substance irréparable.

La malade meurt, six mois après, de pneumonie, sans avoir eu de récidive.

Observation 2 (*Même article*). — Homme de 73 ans, entre à l'hôpital de Nymbrek pour cancroïde du nez ; on en pratique l'exérèse. Récidive au bout de quelque temps.

Le traitement de Cerny est institué (novembre 1895) deux mois après guérison complète.

Un an après il n'y avait pas de récidive.

Observation 3 (*Même article*). — Femme 64 ans. Présente sur le nez un cancroïde diagnotisqué cliniquement et microscopiquement. Le traitement est institué en mai 1896. Guérison complète au bout de trois mois.

Depuis trois ans pas de récidive.

Observation 4. — Cerny et Trucenek. — *Semaine médicale* (22 mars 1899). — Homme de 59 ans, atteint de cancroïde de la lèvre inférieure. Le traitement est institué. Au bout de huit jours, se détache une première croûte ; puis quinze jours plus tard une seconde et il resta alors une plaie granuleuse. Au bout de deux mois et demi, guérison complète.

Observation 5 (*Même article*). — Homme de cinquante-trois ans. Porteur d'un cancroïde de la lèvre inférieure d'un an et sans ganglion. Les badigeonnages produisent une vive douleur et un œdème périphérique.

Guérison de la plaie au bout d'un mois.

Telles sont les observations vraiment concluantes de Cerny et Trunecek.

Nous les faisons suivre des observations prises dans le service de M. le professeur Folet :

Observation I. — **Epithélioma du nez.** — Application d'acide arsénieux par le procédé de Cerny-Trunecek. — Guérison. — D..., Eugénie, 61 ans, Pérenchies, entrée le 27 octobre 1898, à l'hôpital.

Antécédents. — Nuls.

Histoire de la maladie. — Début il y a vingt ans. Ce fut à cette époque un petit bouton gros comme une tête d'épingle. La malade se fit soigner et le bouton disparut. Pendant douze ans la guérison s'est maintenue.

Il y a sept ans est réapparu de nouveau ce bouton. Le traitement, appliqué de nouveau, n'a plus donné les premiers résultats et la lésion n'a fait qu'augmenter depuis lors. C'est surtout depuis un an que l'augmentation s'est fait sentir.

Actuellement, on constate un épithélioma ayant envahi le lobule du nez et d'une façon symétrique les faces latérales, le dos du nez et la sous-cloison. Cette masse bourgeonnante a le volume d'une noix dont une partie est ulcérée, une autre couverte de croûtes.

Pas de douleurs spontanées ; légère douleur à la pression. — Pas de ganglion.

3 novembre 1898. — Anesthésie au chlorure d'éthyle. On enlève aux ciseaux courbes et à la curette les parties envahies et bourgeonnantes. Saignement assez considérable exigeant la compression avec de la gaze iodoformée. Badigeonnage de la plaie avec une solution d'acide arsénieux.

Ac. arsénieux . . 1 gr.
Alcool à 90°. . . 80 gr.

Tous les quatre jours on fait une application de la solution arséniée.

16 novembre. — On fait l'ablation de quelques bourgeons épithéliomateux exubérants.

On continue tous les quatre jours un badigeonnage avec le liquide de Cerny, faisant au-dessus un pansement iodoformé La malade n'accuse pas de douleurs après les badigeonnages.

16 décembre 1898. — La malade sort.

Le nez présente encore une surface rougeâtre circulaire, large comme une pièce de 0,50 centimes, non déprimée ni saillante, non douloureuse, recouverte d'une croûte brune et mince.

10 octobre 1899. — La malade est revue presque un an après l'opération. Elle n'a pas continué chez elle le traitement arsénié ; mais elle est revenue à la consultation se faire faire des badigeonnages. La guérison complète eu lieu vers la fin de décembre 1898.

Depuis ce temps la malade n'a pas eu de récidive. Elle présente actuellement sur le nez une petite cicatrice circulaire, à peine visible.

Observation II. — **Cancroïde de la lèvre inférieure.** — D.... Louis, 76 ans. Hem. Entré à la salle St-Jean le 27 janvier 1899, sorti le 6 février.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Le malade a déjà eu il y a une quinzaine d'années, une petite ulcération sur la lèvre inférieure. Un médecin l'en a opéré.

Histoire de la maladie. — Depuis six mois le malade a vu croître progressivement, au niveau de la commissure gauche de ses lèvres, un petit bouton qui présente actuellement *la forme d'une ulcération allongée.* Les bords de l'ulcération sont indurés ; le fond est recouvert de petites végétations.

A l'autre commissure, on constate la présence d'un petit bouton induré, indolore, que le malade n'avait même pas remarqué.

Aucune douleur. — Pas d'adénopathie.

2 février. — D'un coup de curette, on gratte l'ulcération : et d'un coup de ciseau on enlève l'épithélioma au début situé à droite.

L'hémostase faite, on touche la plaie avec la solution :

Alcool à 90° . . . 100 gr.
Acide arsénieux . . . 1 gr.

Pansement au stérésol.

Le malade accuse pendant deux heures, après le badigeonnage, une sensation de brûlure assez forte, mais cependant tolérable.

4 février. — Nouveau badigeonnage. Pansement au stérésol.

6 février. — Le malade sort sur sa demande. On pratique, avant son départ, un nouvel attouchement au liquide de Cerny.

On lui recommande de faire continuer les badigeonnages chez lui.

2 octobre 1899. — Des renseignements fournis par son médecin nous apprennent que les attouchements avec la solution ont été continués tous les deux jours jusqu'au début du mois de mars, date de la guérison.

Depuis cette époque, il n'y a pas eu de récidive.

Observation III — **Epithélioma de l'oreille gauche.** — B.., Flore, 64 ans, entre à la salle Saint-Augustin, le 7 mars 1899.

Antécédents héréditaires – Mère morte, tuberculeuse à 38 ans, une fille bien portante.

Antécédents personnels. — Nuls.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte à environ trois ans. — La tumeur avait atteint le volume d'une lentille.

C'est seulement depuis cinq mois environ que cette production néoplasique augmente de volume.

Actuellement. — Sur la bordure de l'extrémité supérieure de l'oreille, on constate une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, ulcérée, présentant dans le fond des bourgeonnements, et recouverte à la périphérie de croûtes brunâtres. La malade n'accuse aucune douleur.

Pas de ganglions cervicaux ni auriculaires.

12 Mars. — Curettage de la tumeur, et attouchement avec la solution arseniée (1/000).

Pansement iodoformée.

Tous les deux jours on fait un badigeonnage de la plaie.

30 Mars. — La malade sort vers le 30 mars, présentant encore sur la bordure de l'oreille une plaie de deux centimètres de diamètre.

Quinze jours après sa sortie la malade, qui était venue régulièrement à la consultation se faire panser, se trouve complètement guérie.

15 Octobre 1899. — La malade est revue à la consultation, environ huit mois après sa sortie.

La cicatrice est à peine visible et il faut même une certaine attention pour distinguer l'oreille saine de l'oreille qui a été envahie par le néoplasme

Il n'y a aucune récidive.

Observation IV. — **Epithélioma du nez.** — X..., 35 ans, employé du chemin de fer.

Antécédents. — Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois environ, vers le mois de janvier, le malade voit apparaître sur son nez un petit bouton auquel il ne prête d'abord aucune attention. Mais cette petite lésion, insignifiante au début, grandit peu à peu, s'ulcère. C'est alors que le malade se présente à la consultation, vers le commencement d'avril.

Etat actuel. — Le malade présente, à trois centimètres environ au-dessus de l'extrémité du nez, empiétant légèrement sur le versant droit de cet organe, une ulcération circulaire, du diamètre d'une pièce de 0.50 c. Cette ulcération a une base indurée ; le fond présente quelques végétations bourgeonnantes, d'un aspect rougeâtre.

Le malade n'accuse aucune douleur ; il ressent

simplement une démangeaison légère. Pas de ganglion envahi.

On porte le diagnostic de cancroïde du nez.

Traitement. — Le malade refusant d'entrer à l'hôpital, le traitement est institué immédiatement à la salle des consultations.

4 avril. — On donne un coup de curette sur l'ulcération. Application d'un tampon sur la plaie, pendant un instant pour l'hémostase. Badigeonnage avec une solution alcoolique d'acide arsénieux au 100me. Pansement au stérésol.

6 avril. — Nouveau badigeonnage avec le liquide caustique.

8 avril. — Le malade présente une eschare noirâtre. Badigeonnage sur l'eschare avec la solution d'acide arsénieux.

11 avril. — L'eschare tombe avec le pansement. On pratique sur le fond de l'ulcère un badigeonnage.

13 avril. — On touche avec la solution.

15 avril. — La plaie est complètement guérie.

Depuis cette époque on n'a plus revu le malade et tout porte à croire qu'il n'a pas eu de récidive.

Observation V.— Observation prise dans la clientèle de M. le professeur Folet. — Mme X..., 45 ans, Vieux-Condé.

Antécédents personnels. — La malade est sujette depuis plusieurs années à des érysipèles à répétition.

Histoire de la maladie. — Depuis cinq ou six ans, la malade porte sur la tempe gauche une petite plaie qui, insignifiante au début, n'a jamais eu aucune tendance à la cicatrisation spontanée et qui a augmenté d'étendue.

Actuellement, c'est-à-dire vers les premiers jours de juillet, on voit sur la tempe gauche une ulcération presque circulaire, plus large qu'une pièce de cinq francs, s'étendant de la lisière du cuir chevelu au sourcil et à l'angle de l'œil gauche. — Les bords sont surélevés, indurés. Le fond est bourgeonnant. La tumeur est mobile. — Pas de ganglion.

15 juillet 1899. — M. le professeur Folet aidé du docteur Castiau, fait un grattage de la lisière à la curette. Après l'hémostase il fait un badigeonnage avec la solution suivante ;

Acide arsénieux	1 gr.
Orthoforme	0 gr. 30
Alcool.	100 gr.

Puis pansement à la gaze iodoformée.

Quelques jours après, le médecin constate autour de la plaie un peu d'œdème avec rougeur diffuse, mais qui disparaît rapidement.

Tous les cinq jours, les pansements sont faits accompagnés chaque fois d'un badigeonnage.

Ces badigeonnages sont absolument indolores.

25 août. — Le médecin doit faire un petit grattage de bourgeons exubérants,

Il continue tous les cinq jours les attouchements avec la solution de Cerny.

8 octobre — La malade présente encore une plaie de la largeur d'une pièce d'un franc, granulant bien comme bien une plaie ordinaire.

15 octobre. — Une lettre du docteur Castiau, de Vieux-Condé, nous donne des nouvelles récentes de la malade.

La cicatrisation n'est pas complète. Il reste une plaie insignifiante d'un demi-centimètre de diamètre.

Février 1900. — Une lettre du mari de la malade à M. Folet nous apprend qu'une petite ulcération légèrement fongueuse existe encore non plus à la tempe où était la vaste ulcération d'autrefois, aujourd'hui complètement cicatrisée, mais sur la pommette, à la partie supérieure de la joue. Une nouvelle application de caustique alcoolo-arsénical sera nécessaire en ce point.

Observation VI. — **Epithélioma du nez.** — T. , Victor, 43 ans, mineur, Méricourt. Entré à la salle Saint-Jean, le 6 août 1899. Sorti le 12 août.

Antécédents. — Néant.

Depuis deux mois le malade porte sur la partie supérieure du nez presque dans l'angle interne de l'œil droit, une petite ulcération qui s'élargit petit à petit.

Actuellement, l'ulcération est circulaire, d'un diamètre d'une pièce d'un franc. Les bords sont saillants, durs ; le fond est saignant, couvert d'une croûtelle brune peu adhérente.

L'œil ne coule pas. Aussi étant donné l'absence du larmoiement, tout porte à supposer que le sac lacrymal n'est pas envahi.

Le malade n'accuse aucune douleur. Pas de ganglion.

8 août. — On gratte le fond de l'ulcération à la curette après anesthésie locale au chlorure d'éthyle. On coupe les bords de la masse néoplasique avec les ciseaux acourbes.

Cautérisation de la plaie avec la solution alcoolique d'acide arsénieux au 100e. Pansement à l'iodoforme.

18, 11 et 12 août. Badigeonnage du fond avec le liquide de Cerny.

12 août. Le malade sort sur sa demande, la plaie est couverte d'une eschare jaunâtre fortement adhérente.

On conseille au malade de faire continuer le traitement par son médecin.

8 octobre 1899. Le malade est revu trois mois après le début du traitement.

Il a continué chez lui les badigeonnages avec la solution arséniée tous les deux jours.

Actuellement il ne reste plus rien de l'ulcération que le malade présentait encore à sa sortie de l'hôpital, et seule une petite marque rouge reste à la place du cancroïde.

Le malade a repris son travail à la fin de septembre, complètement guéri.

Observation VII. — **Cancroïde de la lèvre inférieure.** — M.. , Firmin, 65 ans, rue des Ateliers prolongée, entre à la salle Saint-Jean, le 25 septembre 1899.

Antécédents. — Néant.

Le malade est un fumeur de pipe, et porte toujours sa pipe du côté gauche.

Il y a un an le malade porte sur la lèvre inférieure un petit bouton.

Actuellement, sur la lèvre inférieure, on voit une ulcération ovalaire, de 4 centimètres de long sur 1 centimètre 1/2 de large environ, s'étendant de la ligne médiane jusqu'à quelques centimètres de la commissure gauche des lèvres.

Cette ulcération présente une base indurée. Pas de douleur. Pas de ganglion.

29 septembre. — D'un coup de curette on nettoie le fond de l'ulcération après anesthésie locale. Hémostase pendant environ une minute. Puis badigeonnage avec une solution 1/100 d'acide arsénieux. Pansement au stérisol.

30 septembre. — Le fond de la plaie est couvert d'un enduit grisâtre. Nouveau badigeonnage.

2, 3, et 4 octobre. — Badigeonnages journaliers.

5 octobre. — La pellicule grise qui recouvrait la plaie s'enlève avec facilité et laisse à nu quelques bourgeons charnus que l'on cautérise au crayon de nitrate d'argent.

7, 8, 9, octobre. — Attouchement journalier avec la solution de Cerny.

9 octobre. — Le malade tient absolument à sortir. A sa sortie l'ulcération a diminué de moitié; le malade n'a plus sur la lèvre qu'une ulcération à peu près circulaire de deux centimètres de diamètre.

12 octobre. — Un badigeonnage est fait à la consultation, la plaie a bel aspect et granule comme une plaie ordinaire.

17 octobre. — La plaie a encore diminué depuis la dernière cautérisation. Elle présente à peine un diamètre d'un centimètre. On fait un badigeonnage et au-dessus un pansement au stérisol.

19 octobre. — L'ulcération est complètement recouverte par une muqueuse saine. On renvoie le malade, sans pansement, complètement guéri.

Observation. VIII — **Cancer de l'amygdale.** — C...., Louis, 66 ans, Deûlémont. — Entré à la salle Saint-Jean le 16 janvier 1899, sorti le 16 janvier.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents cancéreux.

Antécédents personnels. — Rien de particulier.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois seulement que le malade a vu apparaître des ganglions à l'angle gauche de la mâchoire. Jamais à cette époque il n'a accusé de symptôme pharyngien.

Actuellement. — C'est seulement depuis peu que le malade ressent quelques douleurs à la déglutition.

Extérieurement on constate une adénopathie très nette à l'angle du maxillaire inférieur,

A l'examen de la gorge, on constate sur l'amygdale gauche une ulcération de forme allongée, longue d'environ trois centimètres, l'amygdale est envahie. L'haleine est fétide.

Traitement. — *18 janvier 1899.*— Le malade est jugé inopérable. On touche l'ulcération avec la solution à 1 0/0 d'acide arsénieux. Tous les deux jours on fait un nouveau badigeonnage.

31 janvier. — Le malade sort sur sa demande. Il n'y a pas d'amélioration à sortie. Il n'y a pas de changement du côté de l'envahissement des lésions ni de l'adénopathie. L'ulcération amygdalienne n'a pas diminué comme dimension.

15 octobre. — On apprend, par le médecin qui a continué à soigner le malade, que l'affection a subi une marche envahissante, malgré le traitement arsénié continué pendant quelques mois.

Le malade est mort le 16 juillet 1899 dans un état cachectique avancé.

Observation IX. — **Epithélioma du nez.** — M..., Amélie, 48 ans, ménagère, Saint-Amand, entrée à la salle Saint-Augustin, le 19 juillet 1899.

Antécédents. — Insignifiants.

La maladie a débuté il y a deux an et demi par un petit bouton sur l'extrémité du nez. Depuis lors la lésion n'a pas cessé de s'accroître et s'est ulcérée.

Il y a un an elle a été traitée à l'hôpital de Saint-Amand. Puis elle est envoyée à Lille, où elle est d'abord soignée dans le service des maladies cutanées, puis elle passe à Saint-Augustin.

L'ulcération actuellement a envahi tout le dos du nez jusqu'aux sillons naso-géniens, et a détruit les os propres du nez.

21 juillet. — Grattage avec une curette. On touche ensuite avec la solution d'acide arsénieux au 100e. On continue les attouchements trois fois par semaine.

2 août. — La malade sort faute de place.

A sa sortie, le nez est complètement détruit, les parties malades ayant été curettées. Les orifices des fosses nasales sont béants, les os propres du nez eux-mêmes ayant disparu.

17 octobre. — Les renseignements que nous donne son médecin, nous apprennent que le traitement par la solution arséniée a été continué tous les deux jours depuis sa sortie de l'hôpital. Il n'a procuré aucune amélioration. Au contraire, le mal progresse sensiblement. Le nez est complètement détruit, et le cancer envahit maintenant les joues.

En résumé, nous avons dans les observations qui précèdent des résultats remarquables, avec guérison en deux ou trois mois, et absence de récidive, du moins d'après ce que les observations les plus anciennes nous permettent de supposer.

Mais nous avons aussi deux observations que nous avons placées les deux dernières, où le traitement n'a donné aucun résultat favorable.

C'est d'après ces quelques exemples que nous tâcherons de tirer les indications et contre-indications du traitement de Cerny et Trunecek.

Indications. — En dehors des cas où le malade se

refuse à toute intervention sanglante, et où l'on tient cependant à soigner l'affection, on devra prendre en considération l'âge du malade.

Age avancé. — Chez les vieillards, en effet, une opération est souvent une chose grave et le traitement de Cerny semble tout indiqué.

Etat général du malade. — Chez des cardiaques qui supporteront mal l'anesthésie, chez les athéromateux, les alcooliques, dont la vitalité des tissus est compromise, on devra aussi préférer la méthode de Cerny.

Du côté de la tumeur, si le cancroïde a évolué d'une façon lente, sans envahir les parties profondes, et par dessus tout s'il y a *absence d'adénopathie*, on devra songer au traitement arsénié.

Siège de la tumeur. — Enfin si la tumeur siège dans le voisinage de l'œil, sur la paupière, ou près d'une commissure palpébrale, là où le bistouri entraînerait des délabrements et où l'autoplastie serait difficile, on inclinera pour le traitement par la méthode caustique.

Les cas favorables que nous citons plus haut sont tous des cancroïdes à marche lente, très superficiels, siégeant les uns au nez, les autres au front ou à la lèvre, mais toujours vierges de ganglions.

Enfin un avantage de la méthode qui serait une indication du traitement, c'est l'absence de récidive. Mais les observations sont un peu récentes pour qu'on puisse se prononcer. Cerny cite, comme nous l'avons vu, un malade qui n'a pas eu de récidive depuis trois ans.

Dans nos observations, des malades qui sont sortis guéris, l'un il y a un an, d'autres il y a sept et huit mois, sont encore indemnes de récidive.

Ce serait certainement une supériorité de la méthode sur le traitement chirurgical, si les applications caustiques pouvaient supprimer complètement le tissu néoplasique et en débarrasser l'organisme pour toujours.

La question ne peut jusqu'ici être tranchée ; l'avenir nous l'apprendra.

Contre-indications. — *Adénopathie.* — Chaque fois que l'épithélioma sera accompagné de ganglions, la tumeur sera justifiable du bistouri. Le traitement de Cerny ne provoque, en effet, aucune régression des ganglions envahis.

Cancers profonds. — Le traitement caustique réussit bien dans les cancers superficiels, ne s'étendant pas en profondeur. Mais il semble contr'indiqué dans les cancers profonds, tels que cancers du sein, où le bistouri tranchant en tissu sain, enlève tout aussi bien et plus rapidement le tissu cancéreux.

Nos deux dernières observations sont complètement défavorables au traitement. Dans l'une, cancer de l'amygdale avec adénopathie, le malade avait été jugé inopérable, et les applications d'acide arsénieux n'étaient employées que dans un but palliatif possible Dans l'autre observation, le néoplasme avait détruit complètement le nez et envahi les portions osseuses sous-jacentes ; le traitement comme on l'a vu, n'avait donné aucune amélioration.

Mécanisme du traitement. — Comment agit l'acide arsénieux sur le tissu cancéreux ?

MM. Cerny et Trunecek ont fait des recherches anatomo-pathologiques sur ce sujet. A l'examen d'une croûte, on remarque entre les cellules une infiltration lymphatique. Quant aux cellules cancéreuses, elles sont en voie de nécrose. On voit le noyau d'abord plus pâle, puis tuméfié ; il finit par disparaître. Dans d'autres parties enfin l'enveloppe même de la cellule a disparu, et l'on ne voit plus qu'une masse granuleuse mélangée à l'infiltration lymphatique.

Peut-être l'acide arsénieux formerait-il une combinaison avec l'albumine, ce qui entraînerait la momification de la cellule cancéreuse ? C'est là une hypothèse admissible. L'acide arsénieux aurait une action spécifique sur le tissu néoplasique, tandis qu'en présence d'une plaie ordinaire, il agit d'une façon différente, et ne provoque jamais la formation de la croûte caractéristique.

Peut-être enfin l'alcool aiderait-il l'acide arsénieux à déshydrater le tissu, et coaguler le protoplasma.

Toujours est-il que le cancer ainsi traité finit par s'éliminer comme un corps étranger.

CONCLUSIONS

1° La méthode de Cerny et Trunecek n'est pas une méthode nouvelle ; elle est une résurrection des traitements arséniés si longtemps employés.

2° Les applications de la solution d'acide arsénieux auraient l'avantage d'attaquer le tissu cancéreux seul.

3° La méthode ne doit pas être employée d'une façon exclusive, et ne peut pas être regardée comme devant renverser le traitement chirurgical.

4° Elle est indiquée chez des sujets âgés, et d'un état général défectueux.

5° Elle devra être employée de préférence dans les cancers superficiels, et particulièrement dans les cas où une intervention sanglante amènerait une rétraction cicatricielle préjudiciable au fonctionnement d'organes voisins. Mais en tous cas, jamais ces cancers cutanés ne devront s'accompagner d'adénopathie.

6° Dans les cas guéris radicalement par le traitement, il ne paraît pas encore y avoir eu des récidives.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Société de Biologie. — M. LÉTULLE expose le résultat de ses recherches sur le pancréas surnuméraire.

Société médicale des Hôpitaux. — M. GALLIARD a observé un cas d'hydarthrose chronique des petites jointures.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Mars 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Pseudo-paralysie de nature hystérique chez une enfant de dix ans

M. Ausset présente une enfant de dix ans, entrée dans son service le 14 mars pour paralysie des membres inférieurs, L'interrogatoire n'avait révélé aucun antécédent héréditaire; pas de rachitisme, pas de retard de la marche. Il y a un an, l'enfant se trouvait en contact avec une folle qui l'effraya beaucoup. Depuis, troubles nerveux divers, frayeurs, visions, rêves s'établirent. Céphalalgie intense, constipation opiniâtre, lourdeur dans les membres inférieurs; subitement le 26 janvier, la marche devint impossible.

A son entrée dans le service, on constate une paralysie complète des membres inférieurs; c'est à peine si, étendue dans le décubitus dorsal, l'enfant pouvait soulever les talons de 2 à 4 centimètres au dessus du plan du lit. Mais ce n'était qu'une pseudo paralysie, la malade parvenant à lutter contre l'extension ou la flexion des membres pratiquées par le médecin; aucune atrophie musculaire, troubles de la sensibilité en rapport avec la paralysie, se limitant toutefois à la jambe et au pied. Sur tout le segment inférieur du membre pelvien, la sensibilité était absolument obtuse, tant pour la douleur que pour la chaleur. Outre l'impossibilité de faire aucun mouvement, elle ne pouvait se tenir debout, s'affaissant immédiatement en arrière, sans présenter aucune oscillation d'un côté ou de l'autre. Les réflexes patellaires étaient exagérés, les réflexes pupillaires et pharyngés fortement diminués; en somme la malade présentait des stigmates très nets d'hystérie.

Traitée par la suggestion à l'état de veille, la malade guérit rapidement. Actuellement elle marche très-bien. Il est à noter que jamais on n'a vu chez elle de crises hystériques.

M. Charmeil fait remarquer que la loi de GILLES DE LA TOURETTE sur le parallélisme des troubles de sensibilité et de motilité est ici en défaut.

*** **M. Moty** présente le malade opéré pour appendicite avec péritonite partielle, chez lequel il a pratiqué l'ébouillantage des anses intestinales. Le malade est bien guéri, la paroi est très consolidée.

Angine chancriforme

M. Mariau montre une préparation microscopique contenant de nombreux bacilles fusiformes et spirilles, faite avec l'exsudat amygdalien d'une angine chancriforme.

M. Gaudier rappelle à ce sujet la difficulté de poser le diagnostic différentiel entre les angines chancriformes et le chancre de l'amygdale. Il insiste sur l'importance de l'adénopathie, considérable dans le chancre de l'amygdale.

M. Charmeil répondant à une demande de M. MARIAU qui s'informe si l'induration de l'amygdale dans le chancre amygdalien est très évidente, explique qu'on peut rarement percevoir cette induration par le cou, mais bien par le toucher direct de l'amygdale; ce qui est surtout caractéristique, c'est l'adénopathie concomitante volumineuse.

M. Mariau a touché des amygdales simplement enflammées et il a noté de l'induration. Il rappelle une observation de MOREL-LAVALLÉE posant un diagnostic de chancre de l'amygdale, d'après l'adénopathie et constatant son erreur de diagnostic d'après l'évolution de l'affection.

M. Charmeil, a eu l'occasion d'observer une erreur analogue avec une angine aiguë pseudo-diphtérique de la syphilis, qui n'était qu'une angine chancriforme de VINCENT.

M. Moty, fait remarquer qu'il ne faut pas chercher

un signe pathognomonique dans l'induration tonsillaire car il l'a noté également dans une localisation sarcomateuse sur l'amygdale.

Plaie pénétrante du thorax ayant amené une hémorhagie mortelle

M. Lambret présente à la société le poumon gauche d'un individu mort des suites d'une plaie pénétrante de poitrine.

Appelé d'urgence à l'hopital auprès du blessé, M. Lambret apprend que le traumatisme avait été produit par un timon de voiture déplaçant le thorax, fracturant quatre côtes et faisant au niveau de la cinquième une plaie s'ouvrant dans le plèvre. L'accident remontait déjà à vingt heures, le pouls était rapide, mal frappé, la respiration fréquente. En somme, le malade était en état de choc considérable.

L'examen local décelait une vive traumatopnée suffisante pour éteindre une bougie. En écartant les bords de la plaie on voyait une masse agitée de battements tumultueux. En introduisant le doigt dans la plaie, on enfonçait dans une cavité pleine de sang. L'hémorrhagie était due non à un vaisseau pulmonaire, mais à un vaisseau de la paroi, car l'hémoptysie avait complètement cessé ; la plaie siégeant au-dessus des côtes fracturées, dans l'impossibilité d'arrêter du dehors l'hémorrhagie, il était nécessaire d'intervenir.

M. Lambret tente l'intervention chirurgicale, en pratiquant une section rapide des côtes et pinçant les intercostales au fur et à mesure, explore la cavité thoracique, constate la rétraction du poumon autour du hile, la plaie du parenchyme pulmonaire ne donnant plus issue à du sang, voit le cœur battre tumultueusement, et referme rapidement la paroi, après avoir drainé. L'hémostase était complète.

Après l'exposé de cette observation, M. Lambret explique les raisons qui l'ont déterminé à intervenir. Il rappelle qu'il s'est déjà trouvé en présence d'une plaie pénétrante de poitrine et que les découvertes de l'autopsie lui ont fait regretter de n'être pas intervenu. Aussi se croyait-il autorisé, d'après les symptômes présentés, à intervenir activement et à assurer ainsi l'hémostase. Mais il a eu affaire à un malade en état de choc considérable ; de plus le poumon droit respirait mal, car les deux feuillets de la plaie étaient adhérents. Et le résultat ne fut pas plus heureux.

M. Charmeil distingue deux cas dans les hémorrhagies consécutives aux traumatismes de la poitrine: Ou bien c'est une intercostale qui est cause de l'hémothorax et alors on peut et doit pratiquer une opération, ou bien c'est le parenchyme pulmonaire qui est déchiré. Dans ce cas il est préférable de s'abstenir complètement. Lucas-Championnière le conseille formellement, s'appuyant sur ce fait que la rétraction du parenchyme peut amener l'hémostase.

M. Moty est également d'avis de lier les intercostales, mais de s'abstenir quand l'hémorrhagie relève d'une toute autre origine.

M. Gaudier rappelle que de tout temps on a lié les intercostales et cite des appareils servant à assurer l'hémostase par compression directe du vaisseau.

M. Colle demande comment on peut s'assurer d'une façon précise du vaisseau qui donne, et par quels symptômes il convient de différencier une hémorrhagie due à une intercostale, de celle qui dépend d'un vaisseau pulmonaire.

M. Lambret s'est appuyé sur la suppression de l'hémoptysie.

M. Le Fort fait remarquer que le poumon se rétracte, et que c'est si une petite artériole pulmonaire qui donne, l'hémostase est assurée de ce fait ; mais si c'est un vaisseau bronchique, l'hémorrhagie continuera malgré la rétraction pulmonaire.

⁂ **M. Vanverts** entretient ensuite la société d'une observation d'un séquestre du maxillaire inférieur chez un nourrisson de quatre jours qui paraîtra prochainement dans *l'Echo médical du Nord*.

⁂ **M. Gaudier** présente les photographies d'un tableautin du musée de Saint-Omer représentant l'opération des pierres de tête. Fortement documenté, il en tente l'attribution à l'un des nombreux peintres hollandais que couvre le nom de Breughel le vieux ; puis il donne les explications les plus détaillés sur ces charlatans qui opéraient la « pierre de tête » voici deux ou trois siècles. Au reste *l'Echo médical du Nord* donnera sous peu à ses lecteurs et la communication et les reproductions photographiques de M. Gaudier.

P. V.

Variétés & Anecdotes

Quelques superstitions médicales chinoises

Elles nous sont révélées par le Dr J.-J. Matignon, dans la *Revue obstétrique internationale*, 1899, p. 84.

Un accouchement laborieux ne peut être attribué qu'aux

esprits mal intentionnés s'opposant à la sortie de l'enfant. Un prêtre taoïste est dans ce cas requis pour pratiquer certaines cérémonies ayant pour but de faire fuir les démons. Sur une table, on dispose des chandelles, des bâtonnets odoriférants, des simili-monnaies en papier d'argent, trois coupes de vin, une assiette contenant trois sortes de grains. Le prêtre commence à réciter entre ses dents quelques prières, accompagnées de coups rythmés sur la table. Puis, après une demi-heure de cet exercice, le bonze remet au mari trois morceaux de papier, de deux à trois pouces de large, sur un pied de longueur. L'un est collé au-dessus de la porte d'entrée de la chambre de la femme, l'autre sur son front et le troisième, réduit en cendres, est avalé, dans du thé, par la parturiente. Puis on attend que les charmes fassent leur effet.

On attend souvent fort longtemps, et la vie de la malade paraissant en danger, on recourt au moyen suprême, auquel pas un accouchement ne saurait résister : une séance de marionnettes, dans laquelle figure la déesse de la Maternité. La chose se passe en général au niveau de la porte de la chambre de la parturiente. Mais, dans certains cas, lorsqu'il faut produire le maximum d'effet dans le minimum de temps, la déesse de la Maternité est enlevée de son théâtre et promenée sur le ventre de la femme. Ce procédé est considéré comme infaillible et, quand il est suivi d'insuccès, les Chinois, au lieu de douter de son efficacité, préfèrent croire que le résultat négatif est dû uniquement à une mauvaise application de cette excellente méthode.

Pour guérir la nervosité des femmes enceintes et aussi pour les garantir contre toutes sortes de mauvais esprits qui pourraient gêner l'accouchement, on place devant la porte de leur maison *un vieux morceau de filet* : les démons ne peuvent manquer de prendre la fuite, car ils savent que c'est avec de tels instruments qu'ils sont pincés par les prêtres taoïstes.

(Médecine Internationale).

Perle fine et calcul urinaire.

La perle fine est un composé de phosphate et de carbonate de chaux mêlés à une substance organique, la conchyoline. Cette matière est disposée en couches concentriques dont le centre ou noyau est habituellement occupé par un corps étranger petit acarien, animal parasite, un grain de sable, un débris de végétal, un éclat de coquille).

D'après certains naturalistes, ce serait un produit pathologique, une concrétion du rein que l'animal expulse. Elle tombe habituellement dans la glande génitale qui est voisine de son lieu de production, dans le manteau, aux environs du muscle adducteur, dans les branchies. D'après cela la perle, c'est-à-dire le joyau pur et noble par excellence, ne serait rien autre chose, en définitive, qu'une pierre néphrétique, un simple calcul urinaire. Il faudrait voir dans l'huître perlière un malheureux mollusque graveleux, calculeux, perclus.

Le mollusque qui produit la perle type n'est pas l'huître ordinaire. Il appartient au genre avicule, dont le nom spécifique *meleagrinea margaritifera*, communément appelée *pintadine* ou mère-perle. On en distingue deux variétés, qui se distinguent par leur taille et la quantité de leurs produits. La grande pintadine peut atteindre jusqu'à 30 centimètres de diamètre et 10 kilos. L'habitat de l'huître perlière forme en quelque sorte une ceinture complète autour du globe, mais c'est seulement dans les mers chaudes que l'huître perlière peut se développer et prospérer.

Des tentatives sont faites pour traiter l'huître perlière comme on traite l'huître comestible, c'est-à-dire la cultiver, l'élever dans des parcs, de l'exploiter méthodiquement, d'en régulariser la production. M. DASTRE expose dans la *Revue des Deux-Mondes* (février 1899) ce que l'on sait aujourd'hui sur l'ostréiculture perlière.

Un Hôpital tapissé en Timbres-poste

Les Frères de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, à Gand, qui ont vraisemblablement de sérieux loisirs, viennent de tapisser le parloir, les deux réfectoires, les dix-huit chambres et tous les corridors de cet établissement hospitalier de timbres étrangers disposés de façon à représenter des palais, des forêts, des rivières, des fleurs, des insectes, des oiseaux et des personnages enfin, ceux-ci en grandeur naturelle, et le tout traité dans le style japonais, avec une assez remarquable perfection. Cela à tel point que beaucoup de peintres belges sont déjà venus voir l'originale décoration de l'hôpital, où figurent près de vingt millions de timbres-poste.

Est-ce bien un moyen de le rendre *aseptique* ? Car on sait que les microbes ne sont pas rares sur ces petits morceaux de papier.

Sur la conduite qu'Adam et Ève durent tenir à la naissance de leurs premiers enfants

par le Dr PAUL PETIT

J'ai trouvé la solution de cette intéressante question d'obstétrique préhistorique dans un vénérable ouvrage datant de 1766 : l'*Art d'accoucher réduit à ses principes, par* J. ASTRUC, *professeur de médecine et Médecin consultant du Roi* (1).

« J'annonce », dit l'auteur « dès le frontispice de cet ouvrage, que je n'ai jamais accouché et j'entreprends cependant de donner des leçons sur l'art d'accoucher. Cela paraît se contredire et il est nécessaire de l'expliquer. » Et il l'explique en disant que venant de livrer à l'impression un *Traité des maladies des femmes*, il a compris que cet ouvrage ne serait point complet s'il n'y joignait pas un *Traité des accouchements* « qui sont » ajoute-t-il, « une des maladies des femmes les plus communes. »

(1) Chez P. Guillaume Cavelier, libraire à Paris, rue St-Jacques, au Lys d'or, MDCCLXVI.

Ce préambule de naïve franchise, peu ordinaire pour notre époque où l'on écrit souvent trop vite sans même avoir d'aussi bonnes raisons à en donner, annonçait pour la suite une lecture délectable. On verra, par les extraits suivants, que je ne fus pas trompé dans mes espérances :

« L'art d'accoucher est presque aussi ancien que le monde. Lorsque Ève, chassée du paradis terrestre, accoucha de ses enfants, elle eut besoin d'être secourue et elle ne put l'être que par Adam. »

Mais comment s'y prit-il ?

1re solution. — « Adam dut être surpris, à la naissance de Caïn, de voir qu'une masse informe, connue aujourd'hui sous le nom de placenta, lui tenait au nombril par un long cordon Il est apparent qu'il n'osa pas y toucher, craignant que cette masse ne fît partie du corps de l'enfant. » Mais bientôt le placenta se putréfia et « Adam et Ève n'en durent pas être longtemps incommodés, car dès le cinquième ou sixième jour, le cordon se détacha et l'enfant fut débarrassé de ce corps étranger. Adam profita sans doute de cette observation. Il comprit que cette masse n'appartenait pas au corps de l'enfant et qu'elle pouvait et devait être détachée. Ainsi profitant de ses réflexions, il coupa le cordon à Abel, son second fils, et voyant qu'il coulait du cordon quelque peu de sang, il le lia. Voilà donc la ligature et le retranchement du cordon connus et pratiqués par Adam dès la naissance de son second enfant et voilà par conséquent le genre humain sauvé. »

2e solution. — « Adam savait que les femelles des animaux, même de ceux qui ne se nourrissaient pas de chair, après avoir mis bas leurs petits, mangeaient le placenta, coupaient le cordon avec leurs dents et débarrassaient ainsi leurs petits. Adam a pu profiter de ces exemples, quand sa femme, chassée avec lui du Paradis terrestre, commença à lui faire des enfants. Je ne prétends pas qu'Adam ait mangé leur arrière-faix, mais il a très bien pu couper le cordon avec les dents et voilà le genre humain sauvé de même dans cette seconde supposition. » Nous ajouterons : L'angiotripsie était trouvée et voilà M. Dr Doyen obligé de baisser pavillon devant le père Adam.

3e solution. — Je suppose qu'Adam, à qui l'arrière-faix et le cordon qui pendaient du nombril de Caïn déplaisaient, les arracha. Or on arrache l'un et l'autre constamment à tous les veaux au moment de leur naissance, sans qu'il s'ensuive aucune hémorrhagie. On l'a arraché plusieurs fois à des fœtus humains par imprudence, sans aucun accident funeste. Adam a donc bien pu arracher le cordon de Caïn, sans aucun danger de lui nuire, ni de faire périr le genre humain.

Les 4e et 5e solutions proposées par Astruc s'appuient sur les « *vérités révélées* » et ne présentent pas le même intérêt épisodique. J'engage M. Cormon à choisir entre les trois premiers le sujet de son prochain tableau. Il y aurait là pour lui, le peintre idyllique ou farouche des premiers âges, matière à succès. Ainsi pourrait-il nous montrer, par un jour printanier, le jeune Caïn traînant à la remorque son placenta, en compagnie de ses parents, ou bien encore, sous un ciel sombre et bas, encore voisin du chaos, notre premier père faisant du premier délivre un horrible repas.

(*France Médicale*).

L'Internat dans les Universités russes

Comme mesure prophylactique, et pour éviter le retour de troubles parmi les étudiants des Universités, le gouvernement russe se propose d'instituer des maisons d'habitation en commun, une sorte d'internat qui facilitera la surveillance des étudiants. Déjà une somme de 3.262.000 roubles, soit 13.048.000 francs est destinée à cette nouvelle institution (*Archives russes de pathologie*, 31 août). Espérons que cette nouvelle mesure policière dont on menace les étudiants russes depuis bientôt vingt ans restera à l'état de menace. Est-ce que la tenue simili-militaire et les « pedells » à la porte de la salle de cours ne suffiraient pas pour les surveiller ?

(*Lyon Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **cours de bactériologie** professé à l'institut Pasteur de Lille par M. le docteur Calmette, commencera le 30 Avril et prendra fin le 27 Juin 1900.

Le programme comporte en *quarantes leçons*, la technique des cultures microbiennes, la physiologie générale des microbes et l'étude des maladies virulentes. Les leçons théoriques sont données les lundis, mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de cinq heures à six heures du soir.

Les exercices pratiques ont lieu tous les jours, le dimanche excepté, de neuf heures à midi et de deux heures à cinq heures,

Pour être admis aux exercices pratiques, les élèves étrangers à l'Université de Lille doivent payer une redevance de cent francs. Ils ont droit à l'usage des appareils de laboratoire, des produits chimiques, de l'eau et du gaz pendant la durée du cours.

Ils doivent se pourvoir à leurs frais d'un microscope avec objectif à immersion homogène.

Les personnes désireuses de suivre les cours et les exercices pratiques sont priées de se faire inscrire le plus tôt possible au Secrétariat de l'Institut Pasteur de Lille.

Des incidents récents ont démontré les inconvénients, parfois graves qu'il peut y avoir à ce que les membres du corps enseignant traitent dans les conférences publiques, des sujets se rattachant directement ou indirectement à la politique extérieure du pays. Le Ministre de l'instruction publique, dans une circulaire récente, les invite à s'abstenir désormais de traiter des sujets de cette nature.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. Lauzet, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille ; Egli, de Parempuyre (Gironde) ; Latrille, professeur suppléant à l'école de médecine de Poitiers ; Barral, de Tullins (Isère) ; Meynard, de Chatellerault (Vienne) ; Cassat, de Fronsac (Gironde) ; Linderfelt, de Paris.

M. Deneuville, d'Avesnes-le-Comte (Nord). Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien vives condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques d'Obstétrique, par les Drs Sauleu et Lebief, anciens internes des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 de 206 pages, avec 314 photographies d'après nature. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Les *Tableaux synoptiques d'Obstétrique* sont calqués sur le même modèle que les précédents volumes de la *collection Villeroy*.

Dans ces tableaux, les auteurs ont eu pour but de résumer toutes les connaissances théoriques et pratiques qui constituent l'art des accouchements.

La forme adoptée est la seule qui permettait de présenter un résumé à la fois concis et complet des doctrines et des procédés des maîtres de l'Obstétrique moderne : les diverses théories, les lignes de conduite différentes préconisées par les Ecoles qui se partagent l'enseignement y ont trouvé place : on a cependant développé celles qui sont le plus généralement admises.

Mais ce qui fait la nouveauté et l'originalité de ses nouveaux tableaux, ce sont les figures qui, au nombre de 314, viennent illustrer chacun des 100 tableaux synoptiques : c'est surtout le procédé auquel on a eu recours, pour représenter la partie mécanique et opératoire de l'Obstétrique, les divers temps, les diverses manœuvres, les diverses interventions ; afin d'être sûrs de l'exactitude on a eu recours à la photographie et ce sont les auteurs eux-mêmes qui ont exécuté tous les clichés, soit d'après le vivant, soit d'après le mannequin ; c'est la première fois qu'un livre d'obstétrique reçoit une semblable illustration ; la multiplicité, la succession de ces images, présentées elles-mêmes, comme le texte, en tableaux dont l'ensemble peut être embrassé d'un coup d'œil, en fait une véritable *cinématographie*.

Quelques figures, que la nature du sujet ne permettait pas de photographier, sont les schémas très simples et très clairs et d'autant plus faciles à comprendre.

La partie iconographique vient ainsi éclairer le texte ; une bonne figure vient souvent mieux pour exposer un fait ou une idée qu'une longue page de description ou d'explication.

Ce livre sera à la fois le *vade-mecum* de l'étudiant qui pourra l'emporter à l'hôpital et le relire à la veille de l'examen, et le *formulaire* des médecins du médecin accoucheur qui pourra le consulter à chaque intervention et qui y trouvera l'explication et l'image de tous les cas se présentant à lui dans la pratique journalière.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

11me SEMAINE, DU 11 MARS AU 17 MARS 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	6	7
1 an à 2 ans	1	»
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	9	10
40 à 60 ans	5	9
60 à 80 ans	9	10
80 ans et au-dessus	1	3
Total	38	46

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	3	»	»	»	1	»	3	11	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	3	»	»	2	1	»	»	»	»	1	10	21
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	1	»	»	3	1	»	»	»	»	8	17	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	4	»	»	»	2	»	5	15	11
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	9	12
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	«	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	7
Total	»	1	»	»	»	»	»	5	16	4	10	»	»	14	2	»	»	3	»	29	84	126

N° 168. Quatrième Année. N° 13 Le Numéro : 10 centimes. 1er Avril 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

AU LECTEUR

La liste des membres du Comité de Rédaction de l'*Écho Médical du Nord* s'augmente d'un nouveau membre. M. le professeur agrégé DEROIDE, nous apporte sa collaboration ; sa compétence en pharmacologie, ses connaissances chimiques, jointes à un esprit très ouvert, nous sont garants que le côté chimique des questions d'actualité thérapeutique seront présentées en temps utile à nos lecteurs.

Nous adressons à notre collègue nos meilleurs vœux à propos de son entrée dans nos rangs.

Le Comité de Rédaction.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les fistules vaginales de l'uretère

par le Docteur **Lambret**

J'ai eu la bonne fortune d'opérer, dans le service de mon excellent maître le professeur FOLET, deux fistules urétéro-vaginales ; j'ai pratiqué dans les deux cas l'abouchement de l'uretère dans la vessie par la voie abdominale, c'est-à-dire l'uretéro-cysto-néostomie abdominale ; c'est là une opération qui se fait très rarement et qui n'a été pratiquée jusqu'ici que par un très petit nombre de chirurgiens ; je crois donc utile de publier ces observations déjà présentées à la Société de chirurgie, en les faisant précéder d'une étude rapide des fistules vaginales de l'uretère.

Rappelons d'abord brièvement l'anatomie de la portion pelvienne inférieure de l'uretère chez la femme : au niveau du bord inférieur du ligament large, le feuillet antérieur de ce ligament se porte en avant pour tapisser la vessie et forme le cul-de-sac vésico-utérin. L'uretère chemine quelque temps sous la partie inférieure et moyenne de ce cul-de-sac ; en cet endroit, il soulève légèrement le péritoine étendu de la vessie à l'utérus. En ce point les deux uretères sont séparés l'un de l'autre par une distance de cinq centimètres environ. Puis l'uretère se rapproche de plus en plus de la ligne médiane et la distance qui le sépare de la vessie et de l'utérus va en diminuant, mais, même dans les points où il est le plus rapproché de l'utérus, il en est toujours au moins distant d'un centimètre.

Ensuite, l'uretère répond à la paroi du vagin dans cette partie qui forme la cloison vésico-vaginale vers le cul-de-sac antérieur du vagin. Il y est très adhérent et chemine ainsi sur une longueur de deux centimètres cinquante environ, avant de pénétrer dans la paroi vésicale elle-même. Il s'avance alors en perforant les tuniques de la vessie en un trajet oblique d'une longueur de 8 à 10 millimètres.

Dans tout son trajet, sauf à la partie tout à fait inférieure, l'uretère est enveloppé dans une gaîne lâche cellulo-graisseuse, dans laquelle il est très à l'aise et grâce à laquelle il peut glisser et fuir sur les côtés pour échapper aux compressions.

L'uretère peut être déchiré en un point quelconque de ce parcours ; aussi anatomiquement, on peut dire qu'il existe des fistules uretéro-utérines, uretéro-vaginales, et même uretéro-utéro-vaginales, lesquelles sont, au moins au début, le plus souvent compliquées de déchirures de la vessie, en sorte qu'on peut les qualifier de fistules uretéro-utéro-vésico-vaginales. Toutes ces fistules aboutissent en somme à une même conséquence : l'écoulement de l'urine par le vagin, aussi nous croyons qu'il convient de simplifier la classification et de les comprendre toutes sous la dénomination de « fistules vaginales de l'uretère ».

Il existe de ces fistules qui sont congénitales; les exemples n'en sont pas fréquents, et dans ces cas, il s'agit plutôt d'une anomalie d'abouchement de l'uretère que d'une véritable fistule ; en effet, ce qu'on constate le plus fréquemment, c'est un uretère double dont une branche s'ouvre normalement dans le bas-fond de la vessie et dont l'autre vient s'aboucher à la paroi vaginale antérieure.

Les fistules acquises sont moins rares, elles ont une origine assez variable, on les divise en fistules organiques, puerpérales et opératoires. Les fistules *organiques* sont peu intéressantes pour le chirurgien, elles sont produites par un processus ulcératif développé dans l'uretère lui-même ou plutôt venu par propagation d'un organe voisin ; on les observe surtout dans le cancer de l'utérus à une période très avancée de son développement et par conséquent à une époque où toute intervention chirurgicale est contre-indiquée. On peut admettre la possibilité de fistules ayant comme origine une ulcération tuberculeuse ou syphilitique ; on n'en connaît encore aucun exemple.

Les fistules *puerpérales* se voient à la suite de certains accouchements laborieux et la zone de tissus traumatisés étant souvent relativement considérable, ces fistules sont presque toujours, du moins au début, uretéro-vésico-utéro-vaginales ; elles sont la conséquence d'une compression trop prolongée du canal génital entre la tête fœtale et le pubis ; à cette cause il faut ajouter l'action possible de tiraillements et de déchirures produits par des manœuvres obstétricales brutales ; dans le premier cas l'écoulement de l'urine apparaît lors de la chute de l'escarre, dans le second elle se montre immédiatement après la production de la déchirure. Comme la déchirure du col de l'utérus, et pour les mêmes motifs, les fistules puerpérales de l'uretère se rencontrent de préférence du côté gauche. Somme toute, elles ne sont au début qu'un cas particulier, qu'une complication des fistules vésico-vaginales et vésico-utérines, mais ces fistules ayant une grande tendance à la guérison spontanée ne tardent pas à s'oblitérer, tandis que le passage continuel de l'urine arrête au niveau de l'uretère le travail de cicatrisation et c'est ainsi que la fistule n'est bientôt plus qu'uretérale.

L'extension de plus en plus considérable de la pratique des opérations qui empruntent la voie vaginale a eu comme conséquence l'augmentation du nombre des fistules de l'uretère d'origine opératoire. C'est surtout à la suite de l'hystérectomie vaginale qu'on les observe ; les lésions inflammatoires ou néoplasiques peuvent en effet modifier l'état normal, indurer la gaîne celluleuse de l'uretère, et le rendre ainsi immobile sur l'utérus ; dans ces conditions, on comprend que pour peu que l'on s'écarte, une pince saisira l'uretère, des ciseaux le sectionneront. Ces fistules opératoires siègent presque toujours à droite et on a expliqué cette prédominance par la plus grande difficulté des manœuvres opératoires de ce côté. Pendant l'opération, la droite de la malade devient la gauche de l'opérateur ; et de ce fait, l'application des pinces du côté droit se pratique d'une façon défavorable. Dans certains cas d'ailleurs, il n'est pas besoin que l'uretère soit pris dans une pince pour qu'il se sphacèle ; on a observé des plaques de sphacèle par simple compression, par contact avec les pinces et même il y a plusieurs observations très probantes dans lesquelles le phénomène s'est produit par extension du processus d'escharrification. On conçoit que l'uretère puisse encore être blessé au cours d'interventions autres que l'hystérectomie vaginale, telles que l'incision des culs-de-sac, l'amputation du col, etc.

En règle générale, et cette situation découle du mécanisme de leur production, les fistules puerpérales siègent près de la vessie, les fistules opératoires sont plutôt situées sur les parties latérales ; presque toujours la fistule est complète, c'est-à-dire que toute la circonférence de l'uretère est intéressée. Les deux bouts sont d'ailleurs, comme on doit s'y attendre, plus ou moins rétrécis par suite du travail de cicatri-

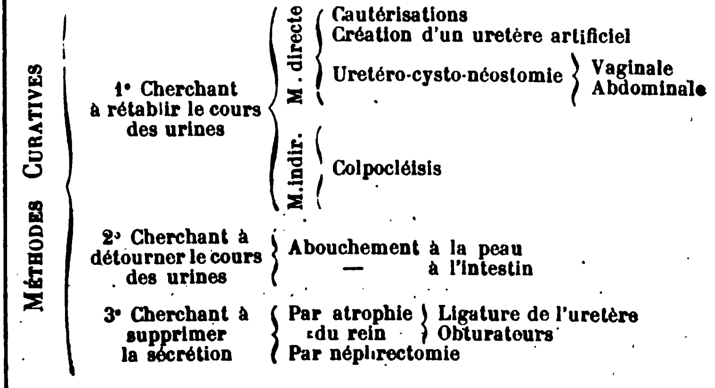
sation qui aboutit à la production d'un tissu inodulaire. Il en résulte d'abord que le cathétérisme de l'uretère est d'une grande difficulté et la plupart du temps impossible ; ensuite qu'au dessus du rétrécissement du bout supérieur, il se produit une dilatation qui porte sur l'uretère, le bassinet et les calices. Cette dernière complication est grave, elle menace la fonction du rein par atrophie consécutive de la substance sécrétante ; elle favorise l'installation de l'infection dans cette poche de rétention, dont le contenu, hâtons-nous de le dire, reste heureusement longtemps aseptique.

Comme toutes les fistules urinaires, les fistules vaginales de l'uretère se signalent par un phénomène saillant, l'écoulement involontaire et constant de l'urine ; cet écoulement se fait par le vagin, et constitue une infirmité répugnante par l'odeur ammoniacale qui se dégage, car l'urine fermente et devient irritante au point d'amener des lésions de la peau de la vulve et de la face interne des cuisses. L'incontinence d'urine n'est pas complète, les mictions volontaires persistent, elles sont simplement plus rares et moins abondantes, car elles n'éliminent que l'urine venue du côté opposé. C'est cette incontinence avec persistance des mictions volontaires qui doit donner l'éveil au chirurgien et lui faire songer à une fistule uretérale ; l'injection colorée dans la vessie permet alors de constater que cet organe est parfaitement étanche ; la découverte de l'orifice pathologique n'est pas facile, surtout dans les fistules d'origine puerpérale, les cicatrices qui labourent le fond du vagin s'opposent au déplissement suffisant et gênent l'exploration ; celle ci est plus simple dans les fistules opératoires et on arrive en général à découvrir au fond du vagin l'orifice de la fistule au sommet d'un petit bourgeon rougeâtre, situé latéralement, par où se fait un suintement intermittent d'urine.

Quand on a fait cette découverte on peut essayer de pratiquer le cathétérisme au moyen d'un stylet fin par exemple, on peut ainsi se rendre compte que l'instrument est emprisonné dans les parois d'un tube, et ne joue pas librement comme s'il était dans une cavité ; si on introduit dans la vessie, à ce moment, un cathéter métallique et qu'on essaye de diriger les deux instruments de façon à les faire se rencontrer, on n'arrive pas à les mettre en contact direct. Si on remplace le stylet par une fine sonde en gomme à bout coupé, on la voit s'enfoncer profondément, un peu obliquement tandis qu'on assiste à la chute goutte à goutte de l'urine par son pavillon. La cystoscopie donne généralement un résultat négatif, on ne parvient presque jamais à apercevoir l'orifice uretéral et si on le découvre on constate qu'il ne livre passage à aucun liquide.

La quantité d'urine qui s'écoule par le vagin n'est pas forcément égale à la quantité émise par l'urèthre, elle dépend de l'état du rein et nous savons que cet état dépend du degré de la dilatation consécutive au rétrécissement de l'uretère au niveau de la fistule ; pour la même raison, la quantité d'urée contenue dans l'urine est plus faible du côté de la fistule, à moins que le rétrécissement ne fasse défaut et que par conséquent la pression dans l'uretère soit absolument normale.

On trouve dans les auteurs un long chapitre où sont étudiées en détail les opérations qui peuvent convenir aux fistules vaginales de l'uretère ; il en est un certain nombre qui n'ont plus qu'un intérêt historique et nous pensons qu'il est inutile de nous attarder à les décrire ; en dehors des méthodes palliatives qui cherchent à remédier à l'incontinence d'urine par l'emploi de réservoirs appropriés, il existe trois méthodes qui cherchent la cure radicale des fistules vaginales de l'uretère. Nous les réunissons dans la schéma suivant qu'on trouvera dans la thèse de notre ami Sutter (1).



La cautérisation a parfois réussi, mais elle a également abouti à l'agrandissement de la fistule, c'est un traitement qui ne devra pas être continué longtemps et qui n'a chance de succès que dans les cas, excessivement rares, où la fistule est latérale et n'intéresse pas toute la paroi de l'uretère. La suppression de la sécrétion, en supprimant le rein, est irrationnelle et la néphrectomie ne peut guère être autorisée que

(1) Sutter, thèse de Lille, 1899.

dans des cas très anciens, quand le rein non seulement ne fonctionne plus mais est irrémédiablement infecté. Le colpocléisis ou fermeture du vagin a rendu également des services, mais ceci se passait à une époque déjà éloignée et cette opération ne doit plus être conseillée aujourd'hui dans le cas particulier bien entendu. La création d'un uretère artificiel est une opération très délicate et de fantaisie ; en admettant qu'elle puisse réussir, le canal nouveau est fatalement voué au rétrécissement cicatriciel. L'abouchement à la peau qui a été pratiqué plusieurs fois, ne se comprend pas très bien, et si on tient à aboucher l'uretère quelque part. il vaut mieux l'aboucher dans la vessie ou dans l'intestin. Le dernier de ces deux abouchements a été pratiqué avec succès un certain nombre de fois. L'opération est donc possible et légitime ; elle ne nous paraît pas très indiquée dans le cas actuel, mais plutôt après les ablations totales de la vessie. La muqueuse intestinale supporte généralement bien le contact de l'urine ; cependant il faut se rappeler que TUFFIER a montré que dans les cystites, les moyens de défense du rein contre l'infection sont constitués par le sphincter de la partie inférieure de l'uretère, les contractions intermittentes de ce conduit et la pression de l'urine ; ceci nous suffit pour montrer les dangers d'un abouchement qui met en communication — et sans sphincter — la lumière de l'uretère avec la cavité intestinale. D'ailleurs le malade est obligé, pour évacuer l'urine qui s'accumule dans l'intestin, d'aller à la selle cinq ou six fois par jour ; quand on y réfléchit, cette obligation apparaît comme une infirmité pénible, quoique supportable.

A moins d'impossibilité, un abouchement plus rationnel devra donc être tenté par l'anastomose de l'uretère avec la vessie ou uretérocystonéostomie. Deux voies s'offrent au chirurgien, la vaginale et l'abdominale. Il existe un très grand nombre de procédés vaginaux ; d'une façon générale, tous placent une sonde dans l'uretère, le libèrent le plus possible, et au moyen d'une sonde introduite dans la vessie amèment cet organe au point le plus facilement accessible à l'uretère, l'ouvrent et suturent.

Ces procédés supposent donc la possibilité de la dissection du bout rénal de l'uretère; nous avons vu qu'il était parfois impossible de le découvrir : cette dissection doit être très pénible dans les fistules d'origine puerpérale quand l'uretère est perdu dans des indurations cicatricielles et retenu au fond du vagin par un utérus inabaissable. En outre le rétrécissement de ce bout rénal remonte au-dessus de la fistule à une distance indéterminée, on risque donc d'aboucher à la vessie, un uretère rétréci. Pour ces raisons, à moins que l'opération ne se présente comme devant être très facile comme dans beaucoup de fistules d'origine opératoire, c'est à la voie abdominale qu'il faudra avoir recours. Cette voie n'a donné que des succès et par elle l'opération est simple, lumineuse et précise. C'est BAZY qui a réglé les divers temps de l'uretérocystonéostomie abdominale. Voici, rapidement résumé, le manuel opératoire : La malade est placée dans la position inclinée et la paroi abdominale est incisée sur la ligne médiane sur une étendue de 16 centimètres environ. On recherche l'uretère vers le détroit supérieur du bassin, là où il est en rapport avec la bifurcation des vaisseaux iliaques ; on le suit du haut en bas, le plus bas possible, on introduit dans la vessie, dont on a préalablement séparé le péritoine, un trocart courbe de CHASSAIGNAC, dont l'extrémité fait saillir un point de la paroi vésicale près du bas-fond. Sur cette saillie, on fait une incision d'un centimètre ; on ponctionne l'uretère, on le sectionne transversalement, on introduit dans sa lumière une sonde de NÉLATON n° 13 ou n° 14, dont l'extrémité libre est placée dans le trocart qui est retiré ; il en résulte que la sonde uretérale sort par l'urèthre. Il reste à suturer l'uretère à la vessie. BAZY fait ses sutures au catgut à points séparés comprenant toute l'épaisseur des parois vésicale et uretérale. Un surjet péritonéal forme une collerette de protection. Sonde à demeure dans la vessie. La sonde uretérale est laissée en place six à sept jours.

Quelques modifications ont été proposées à ce procédé, elles sont ou mauvaises ou sans importance. La recherche de l uretère est simplifiée quand il est dilaté, il apparaît sous l'aspect d'un gros cordon bleuâtre qu'il est impossible de prendre pour une veine. Il faut le chercher non pas dans l'espace rétro-péritonéal, mais à la face profonde du péritoine pariétal à laquelle il reste adhérent. On est averti qu'on est au niveau de la fistule par la sensation d'un noyau cicatriciel dur et allongé, au ras duquel l'uretère doit être sectionné. La pose d'une sonde dans l'uretère est d'une grande importance ; c'est pour avoir négligé ce détail opératoire tant la suture me paraissait devoir être facile et parfaite que j'ai vu survenir dans mon observation I des phénomènes d'infiltration d'urine, et l'accident est

arrivé à tous ceux qui n'ont pas mis de sonde. Par sa présence la sonde empêche l'urine de souiller le péritoine pendant l'intervention, elle constitue une sorte de tuteur qui facilite les sutures uretéro-vésicales ; elle joue le rôle d'un drain parfait, déclive, qui conserve son calibre à l'uretère et protège les sutures du contact irritant et septique des urines. Telles sont les principales remarques que nous voulions faire à propos de l'uretéro-cystonéostomie abdominale. Voici maintenant un résumé de nos deux observations :

Observation I. — L... Aline, entrée à l'hôpital le 21 décembre 1896 pour incontinence d'urine à la suite d'un accouchement au forceps ; à l'examen, cicatrice transversale dans le vagin aboutissant à une profonde déchirure du col à gauche, déchirure du périnée, pas de fistule vésico-vaginale ; la fistule uretérale n'est pas soupçonnée, on pratique un Emmet et une périnéoraphie ; l'Emmet ne tient pas, la malade est toujours mouillée. On ne trouve toujours pas de fistule, mais des tampons profondément placés dans le vagin sont imbibés d'urine avant les superficiels, le diagnostic s'impose. Uretérocystonéostomie abdominale le 24 février, j'emploie le procédé de Bazy mais je ne mets pas de sonde intrauretérale, un fil de soie fixé à l'uretère ressort par l'urèthre, est saisi dans une pince qui exerce par son poids une traction légère suffisante dans mon esprit à contenir les sutures uretéro-vésicales. Le troisième jour la malade avait 39° et un examen me montra que la paroi vésicale était infiltrée de pus et d'urine. Je sectionnai cette paroi jusqu'au niveau de l'anastomose, pratiquant ainsi une large taille hypogastrique sectionnant la vessie en deux valves et plaçai deux tubes de Périer qui, on le conçoit, fonctionnèrent d'abord assez mal, mais la fièvre tomba et à partir du 10 mars leur fonctionnement fut régulier. A la fin du mois enlèvement des tubes, sonde de de Pezzer dans la vessie et au commencement d'avril il ne restait plus qu'une petite fistulette donnant lieu à un écoulement insignifiant. J'ai essayé de tout contre cette fistule, l'obturation mécanique, le grattage, la cautérisation, la cure radicale, j'ai échoué ; et la malade quitta l'hôpital le 20 octobre avec sa fistule qui, à ce moment, était à ce point négligeable qu'elle ne donnait pas tous les jours une goutte de pus et d'urine. Des renseignements parvenus en juillet 1899 nous ont appris la guérison définitive de la malade.

Observation II. — L... Marie, Denain, entrée le 8 juillet 1897 dans le service du professeur Folet. Deux accouchements au forceps avec enfants morts. Six jours après le dernier a commencé à perdre ses urines. Cicatrice vaginale considérable, déchirure du col à gauche, incontinence d'urine et vessie étanche, diagnostic fistule uretérale, mais impossibilité de sa découverte dans un vagin anfractueux et avec un utérus fixé ! Le 2 août je fais l'uretérocystonéostomie abdominale. L'uretère gauche dilaté est rapidement découvert et suivi jusqu'à une petite masse cicatricielle. Les annexes gauches malades sont rejetées sur la ligne médiane après section du bord externe du ligament large. L'uretère sectionné au ras de l'amas cicatriciel, j'introduis dans sa lumière une sonde n° 12. Un trocart courbe fait saillir la vessie qui est incisée, la sonde uretérale placée dans le trocart est amenée à l'urèthre. Sept points de suture au catgut fin assurent la réunion uretéro-vésicale ; autour de ces sutures je fais une collerette péritonéale à l'aide du péritoine pariétal et du ligament rond qui est sectionné et abaissé à ce niveau. Ablation des annexes gauches.

Suites remarquablement simples. La malade sort le 20 août. J'ai revu cette femme en janvier 1900. Elle n'a jamais souffert du côté du rein gauche, son orifice uretéral ne s'est donc pas rétréci. Elle était à ce moment enceinte de trois mois environ.

Un cas d'œdème hystérique ; rôle de l'auto-suggestion

par le professeur **Combemale**, et **L Camus**, externe des hôpitaux.

Le 23 janvier 1900, la nommée Jeanne S.., âgée de 18 ans, est amenée à la consultation de l'hôpital de la Charité, portée à bras par ses parents. Elle dit que, durant son travail d'étirageuse, le matin même, elle a dû se laisser choir à terre, ses jambes refusant de la porter. On la fait entrer d'urgence salle Sainte-Clotilde, lit n° 19.

Après quelques essais pour, séance tenante, la mettre debout afin de la déshabiller, on y renonce, ses jambes se dérobant sous elle.

Examinée aussitôt, on constate que les deux jambes sont œdématiées depuis le tubercule du jambier antérieur jusqu'au niveau des malléoles. Cet œdème dur, ne gardant pas l'empreinte du doigt, est extrêmement douloureux et à tout moindre essai de palpation, la malade repousse instinctivement la main qui la touche. Sur toute la surface œdémateuse, la peau est d'un rouge vif, marbré de plaques violacées. On ne perçoit aucune nodosité, ni dépression, et de plus les limites supérieures et inférieures de l'œdème sont très nettes. Après ce court examen, le diagnostic d'œdème hystérique est posé.

Il devenait intéressant, devant la négation formelle de toute attaque d'hystérie antérieure, de connaître la cause efficiente de cet œdème hystérique survenant aussi brusquement ; l'auto-suggestion ayant manifestement joué un rôle capital, nous avons cru devoir publier cette observation,

Observation. — *Antécédents héréditaires.* — La mère de la malade est morte il y a 13 ans, après avoir souffert pendant deux ans d'une tumeur blanche suppurée.

Le père, bien portant, est un éthylique, nerveux et irritable, ayant « la boisson très mauvaise », nous dit la jeune fille, qui s'en est « aperçue plus d'une fois en recevant des horions »

Elle a deux sœurs : l'une d'elles, âgée de 24 ans, mariée et mère d'une fillette, est une grande nerveuse, une « tête chaude » se fâchant très aisément ; une petite toux sèche, nerveuse la secoue constamment. L'autre sœur, célibataire, est âgée de 22 ans. D'une vivacité presque égale à celle de son aînée, elle a dû quitter son père avec qui elle était continuellement en dispute.

Ces détails nous sont donnés par la malade avec une volubilité vraiment extraordinaire. Elle est satisfaite de voir que l'on s'intéresse à son état et à sa famille. Son teint animé et son œil brillant contrastent singulièrement avec l'air d'accablement qu'elle avait l'instant d'auparavant.

Antécédents personnels. — Quant à notre malade, elle ne peut renier ses ascendants et collatéraux au point de vue d'une névrose.

Elle a fait la varicelle à l'âge de 10 ans.

Réglée à l'âge de 15 ans, de façon très irrégulière et comme intervalles menstruels et comme durée du flux, elle présente la leucorrhée légère des vierges.

Interrogée sur son propre caractère, elle répond avec vivacité « Oh ! moi ! j'ai une sale tête ! » Elle pleure avec une facilité déplorable aussi bien dans les circonstances tristes que dans les événements joyeux. Sentant vivement la plus légère observation, mais s'empressant d'ailleurs de l'oublier très vite. Elle ne se plaint d'ailleurs pas et paraît heureuse de son existence.

Les nuits sans rêves sont rares pour elle et c'est avec beaucoup de facilité qu'elle s'en rappelle les moindres détails. Les souvenirs de son travail reviennent constamment dans ses rêves.

Cependant les rêves sensationnels ne manquent pas : elle tombe assez souvent à l'eau et se réveille au moment où elle plonge. Fréquemment elle se voit poursuivie par un militaire qui veut la tuer ; il faut ajouter qu'un sien cousin, soldat à Lille, vient très souvent dans sa famille — Le récit de ses rêves n'en finirait pas si nous n'y mettions un terme.

Histoire de la maladie. — Dix jours avant son entrée à l'hôpital, elle eut à l'atelier une discussion assez violente avec une de ses meilleures camarades : la brouille s'ensuivit. Sur ces entrefaites son amie vit survenir, au niveau d'un de ses poignets, un œdème très douloureux qui lui laissait sa main sans force aucune, lui arrachant fréquemment des larmes et la forçant à se faire aider dans son travail.

Notre malade, dont le métier se trouvait en face de celui de son amie, fut, nous dit-elle, très affectée des souffrances de sa voisine. Et bien souvent en la voyant pleurer elle éprouvait le besoin de l'imiter.

Elle sentit alors au niveau des mollets des douleurs comme fulgurantes qui la forçaient à s'asseoir quelques minutes chaque fois qu'elles apparaissaient. Pendant trois jours ces douleurs ne la quittèrent que rarement. Cependant nous devons dire qu'elles ne se produisaient jamais la nuit. Puis brusquement tout disparut, la malade avait même oublié ses souffrances de la veille quand le 23 janvier, vers sept heures du matin, peu après son entrée à l'atelier, elle fut, comme nous l'avons dit au début, brusquement obligée de se laisser choir.

Examen de la malade. — La recherche, que nous pratiquons immédiatement, de zones hyperesthésiques, nous permet de constater en suivant l'ordre décroissant, au point de vue douleur, qu'il en existe aux points sous-claviculaires très douloureux, puis aux régions ovariques, aux globes oculaires, mais que les apophyses épineuses de la colonne vertébrale sont indemnes.

Le clou hystérique, qui n'existe pas le jour de son arrivée, se rouve faiblement le troisième jour.

Le réflexe rotulien est exagéré, le cornéen existe, le pharyngien manque totalement.

Nous notons expressément que la malade n'a jamais eu la sensation de la boule œsophagienne, n'a jamais présenté de crise, si petite fût-elle.

En poursuivant l'examen, on s'aperçoit que la peau des régions œdématiées est d'une sensibilité exagérée ; il suffit d'en ébranler un des poils follets pour amener une sensation douloureuse. La pression est cause d'une douleur intolérable qui arrache un cri à la malade. La zone périphérique d'anesthésie, que certains auteurs signalent comme constante, n'existe pas ; au contraire la sensibilité à la piqûre reste exquise sur toute la surface du corps.

Peu de céphalalgie, mais bouffées de chaleur et vertiges fréquents. Les bouffées sont souvent suivies de sueurs abondantes.

Rien à signaler du côté des appareils circulatoires et respiratoire. La malade n'a pas de palpitations, ni dyspnée, elle n'a jamais toussé. Une seule fois, épistaxis assez abondant. Comme nous l'avons dit plus haut, la malade ne souffre pas lors de ses menstrues et n'a pas de leucorrhée bien nette. Les urines sont abondantes, claires et ne renferment ni sucre, ni albumine.

Appétit excellent. Un peu de pesanteur stomacale après chaque repas. Constipation opiniâtre durant parfois huit jours.

La malade est hypermétrope. Pas de dyschromatopsie La fatigue rétinienne arrive très vite, mais ne doit pas être mise sur le compte de la profession qui n'exige aucune application. L'ouïe est bonne. L'odorat et le goût fonctionnent normalement. Au point de vue musculaire la malade jouit d'une force plus grande que celle que l'on rencontre ordinairement chez les jeunes filles de cet âge. Les mouvements volontaires sont précis et se font sans aucune hésitation. La notion de position est conservée. La mémoire est peu fidèle, sauf en ce qui concerne les rêves.

Il est aisé de se rendre compte par la lecture de l'observation que notre malade appartient à la catégorie si nombreuse des névrosés. Chez elle, l'hystérie est discrète ou du moins, devrions-nous dire, est restée latente jusqu'au jour où brusquement elle s'est manifestée avec une intensité, qui nous a permis d'écarter

d'emblée le diagnostic de lymphangite et de phlegmon, que la bilatéralité des lésions permettait déjà d'éliminer presque sûrement.

Le traitement institué fut purement psychique. Il consista en enveloppements avec des compresses humide d'eau picriquée. Dès le 3 février, les douleurs avaient complètement disparu et, le 6 février, la malade sortait parfaitement guérie.

Rentrée le 14 février pour des douleurs dans les os. Nous ne constatons pas d'œdème. La malade ne se croit pas complètement guérie parce que, lors de sa sortie, son père l'avait blâmée d'avoir quitté l'hôpital sur sa demande et sans que les médecins lui aient confirmé sa guérison. Les enveloppements sont aussitôt repris et aidés par quatre pilules de mie de pain (mica panis pour la malade) et trois cuillerées à café d'une solution de phosphate de calcium, la guérison est complète en huit jours. Pendant quelques jours, pour consolider le traitement par suggestion, on se contente de lui faire remarquer combien son état est bon, et le 27 février, elle sort complètement guérie.

On n'éprouve aucune peine dans les recherches bibliographiques à trouver rapportés des cas d'œdème hystérique. La littérature sur ces faits est abondante.

Néanmoins, dans une seule observation personnelle à l'auteur qui la cite dans sa thèse (WARDE, Paris 1896) nous avons pu trouver la cause auto-suggestion nettement établie.

Dans le cas de WARDE, il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, dont la mère mourut peu après l'ablation d'un cancer au sein. Très frappée par cette mort, la jeune fille en ses rêves se voyait en proie à la même affection. Or, un an après la mort de sa mère, elle sentit des picotements dans la région mammaire. Puis un jour, elle se réveilla avec un sein extrêmement gonflé et violacé. La crise douloureuse dura vingt-quatre heures, puis tout rentra dans l'ordre, seule la peau conserva de l'hyperesthésie.

Sans doute la publication de ces cas d'œdème hystérique n'apporte rien de nouveau à l'histoire de l'hystérie, tout au plus contribue-t-elle à prouver l'efficacité du traitement psychique. Néanmoins, nous estimons bien connaître l'influence et le rôle de l'auto-suggestion dans la genèse des manifestations de l'hystérie serait du plus précieux secours pour en découvrir la cause si souvent méconnue et en combattre efficacement les effets.

Ostéite nécrosante du maxillaire inférieur chez un nouveau-né (1)

par le docteur **J. Vanverts**
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris

A l'occasion de la discussion récente qui s'est élevée à la Société de médecine du Nord sur la question des séquestres du maxillaire, j'ai cru intéressant de vous rapporter l'observation suivante, qui concerne une ostéite nécrosante du maxillaire inférieur chez un nouveau né.

L'âge du malade constitue, comme on le verra, le seul point spécial de cette observation dont l'interprétation me semble très malaisée.

Le 16 novembre 1894, l'enfant était alors âgé de deux jours, son père s'aperçut de l'existence, au niveau du menton, d'une tuméfaction qui gagna bientôt la région sus-hyoïdienne. En même temps, du pus s'écoulait dans la bouche par un orifice du bord libre de la lèvre inférieure. L'enfant présenta, à partir de ce moment, quelque difficulté pour têter.

On nous l'amène le 18 novembre, c'est-à dire deux jours après le début des accidents, à l'hôpital Trousseau, dans le service de notre maître, M. JALAGUIER. Nous constatons l'existence d'une tuméfaction arrondie au niveau de la partie médiane du menton, la peau est rouge à ce niveau. Sur la partie muqueuse de la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane, se trouve un petit orifice, par lequel s'écoule du pus. La pression de la tuméfaction mentonnière provoque la sortie du pus par cet orifice.

Au niveau de la région sus-hyoïdienne médiane, existe une tuméfaction peu étendue, se continuant en haut avec la tuméfaction mentonnière, dont elle n'est séparée que par un sillon superficiel.

Il n'y a de fluctuation en aucun point des deux tuméfactions.

On ne trouve rien d'anormal du côté du plancher de la bouche.

L'état général semble bon. Il n'y a pas de traces de syphilis héréditaire.

Sous chloroforme, on incise la tuméfaction sus-hyoïdienne, d'où sort du pus en petite quantité. Une sonde cannelée introduite par l'incision permet de dilacérer la poche et pénètre dans la collection mentonnière. Introduite ensuite par l'orifice muqueux de la lèvre inférieure, elle pénètre de même dans la collection mentonnière; mais on n'insiste pas de ce côté. On tamponne à la gaze iodoformée les deux poches de l'abcès.

20 novembre. — Un petit abcès s'est développé au niveau du menton, à droite du précédent. On l'ouvre et on le draine.

21 novembre — Pour permettre à l'enfant de têter plus facilement, on remplace le pansement trop volumineux qui avait été placé par un simple pansement à la gaze salolée imbibée de stérésol.

22 novembre.— Le stérésol a déterminé un peu d'érythème; on le remplace par du collodion.

25 novembre.— La cicatrisation est complète au niveau de l'ouverture de la lèvre; elle est à peu près complète au niveau de l'incision sus-hyoïdienne.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 23 mars 1900.

9 décembre.— Un petit abcès s'est développé au niveau de la cicatrice sus-hyoïdienne. La pression suffit à le vider.

10 décembre.— L'enfant a été agité la veille : le soir du 9, un petit abcès s'est ouvert au niveau de la partie exactement médiane de l'arcade alvéolaire inférieure. Il existe aujourd'hui en ce point, une ulcération.

1er janvier 1895.— Il y a quelques jours, s'est éliminé par l'ulcération de l'arcade alvéolaire inférieure un petit séquestre que le père de l'enfant nous apporte. Actuellement l'ulcération de l'arcade alvéolaire a disparu ; l'état général est excellent.

22 mars 1895. — L'enfant est en excellente santé.

Le pus de l'abcès sus-hyoïdien, cultivé au moment de l'incision, renfermait du staphylocoque blanc.

Cette observation peut se résumer ainsi :

Apparition, chez un enfant nouveau-né, d'un abcès mentonnier et sus-hyoïdien qui vient s'ouvrir spontanément au niveau du bord libre de la lèvre inférieure et qu'on incise à son point déclive. Trois semaines après, un petit abcès s'ouvre au niveau de la partie médiane de l'arcade alvéolaire inférieure et, par cette ouverture, s'élimine, quelques jours après, un petit séquestre. L'élimination de ce séquestre met fin à tous les accidents.

Il me semble qu'on peut admettre une relation de cause à effet entre l'ostéite du maxilliaire et l'abcès des parties molles. Toutefois je ne crois pas qu'on puisse être absolument affirmatif à cet égard. Notre attention n'ayant pas été appelée du côté du maxillaire au moment où nous avons constaté l'existence de l'abcès mentonnier et sus-hyoïdien, nous n'avons, en effet, pas pensé à examiner s'il existait à cette époque des phénomènes inflammatoires du côté de l'os. C'est là une lacune regrettable dans l'observation.

Si, d'autre part, l'ostéite a été le point de départ de l'abcès des parties molles, il est au moins anormal que le séquestre ne se soit pas éliminé du côté de celui-ci et qu'il soit venu se faire jour au niveau du bord libre de la mâchoire.

Quant à la nature de ces lésions suppuratives et nécrosantes, elle reste inconnue en raison de l'absence — à ma connaissance, du moins — du facteur syphilis.

Il est possible qu'il se soit agi d'une infection générale transmise par la mère à l'enfant pendant la vie intra-utérine ; mais ce n'est là qu'une pure hypothèse, car nous n'avons pas pensé, au moment où nous avons soigné cet enfant, à faire porter nos investigations de ce côté et à rechercher si la mère n'avait pas eu de maladie infectieuse au cours de sa grossesse.

L'interprétation de ce cas reste donc bien difficile.

Note sur un cas de pneumonie grippale permettant l'auscultation à distance

par M. **Camus**, externe des hôpitaux.

La perception, à distance de la poitrine, de certains bruits anormaux de la respiration n'est pas chose rare, et pour peu qu'il ait suivi quelque temps un service de clinique, tout étudiant en médecine a pu s'en rendre compte.

Tous en effet ont assisté au moins une fois aux derniers moments d'un malheureux, et ce qui les a certainement frappés le plus c'est le bruit respiratoire que fait celui-ci dans son agonie. Ce râle trachéal est toujours perçu à distance et souvent d'un bout à l'autre d'une salle.

L'oreille plus proche de la poitrine du patient, il est donné parfois d'entendre le souffle tubaire de la pneumonie.

Les râles sibilants des vieux tousseurs, des emphysémateux viennent également impressionner l'oreille non appliquée sur la poitrine, dans des cas assez fréquents. Il n'y a pas longtemps encore, vers la mi-janvier, une petite tuberculeuse de la salle Ste-Clotilde attirait notre attention sur un sifflement qu'elle percevait très bien et qu'elle localisait au-dessus du mamelon gauche. Il s'agissait de râles sibilants, à timbre très aigu, que nous entendions sans effort l'oreille à environ un centimètre de la poitrine.

Mais dans le cas qui fait l'objet de l'observation ci-après, nous avons eu la bonne fortune d'entendre à distance des bruits beaucoup plus fins. Nous disons bonne fortune, car dans les rapides recherches bibliographiques qu'il nous a été loisible de faire, nous n'avons pas trouvé de cas semblables.

Voici, brièvement résumée, l'histoire de la malade:

Le 21 février entre dans la salle Ste-Clotilde, n° 12, Mme Hélène M...., âgée de 35 ans, qui est au troisième jour d'une pneumonie lobaire gauche, compliquant une grippe datant déjà d'une dizaine de jours. La malade, lors de la visite, est abattue, les pommettes saillantes, l'œil atone, la langue rôtie. L'intelligence est affaiblie et c'est à grand peine qu'elle peut nous retracer son histoire. La fièvre est intense, la température monte à 40°5 et le pouls est à 126.

La dyspnée est considérable et le nombre d'inspirations par minute varie entre 42 et 47. A la percussion matité complète à gauche et en arrière de tout le lobe inférieur ; augmentation des vibrations thoraciques. On entend à la hauteur de l'angle de l'omoplate un souffle tubaire intense, presqu'amphorique avec bronchophonie éclatante et des râles crépitants fins nombreux d'un éclat tout particulier. En outre, en éloignant l'oreille de la région on continue à percevoir les râles jusqu'à une distance de trente centimè-

tres environ. A cette distance les bruits souffle et crépitants. étaient perçus avec une grande netteté et on pouvait se rendre compte de l'exactitude de la comparaison des râles avec le bruit de « pas dans la neige ». Une oreille plus fine et plus exercée pouvait encore percevoir les crépitants à quarante-cinq centimètres ! En prenant la précaution de ne pas toucher le lit de la patiente, afin d'éviter les transmissions autres que par l'air, ce phénomène restait perceptible avec la même intensité et la même netteté.

La malade ayant succombé dans la journée qui suivit son entrée, on procéda à l'autopsie.

Les lésions étaient à gauche : La plèvre renferme de 4 à 500 gr. de liquide citrin, clair. A la base du poumon de nombreuses adhérences fibrineuses peu épaisses de formation récente unissent celui-ci à la plèvre. Au sommet : adhérences anciennes et bien organisées. A la coupe : le tiers supérieur du poumon présente le stade d'hépatisation rouge, tandis que les deux tiers inférieurs sont au stade de l'hépatisation grise.

Le mécanisme de la transmission à distance de râles aussi fins que des râles crépitants ou des frottements-râles est assez obscur. Pour nous, il nous semble dû au peu d'épaisseur de la paroi thoracique.

Le sujet en effet ne présentait aucune trace de graisse, ses muscles intercostaux étaient extrêmement minces et la peau très fine. Quant au squélette osseux, il était normal et d'ailleurs son épaisseur même anormale ne pouvait que constituer un facteur de plus pour la transmission du son.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Landouzy demande à l'Académie d'émettre le vœu que la tuberculose soit inscrite parmi les maladies à déclaration obligatoire.

Académie des sciences. — M. Batelli est parvenu à rétablir la circulation et la vie, chez un chien tué par l'électrisation cardiaque, par des pressions rythmiques directes sur le cœur.

Société de Chirurgie. — M. Quénu. Les kystes hydatiques peuvent donner des greffes après leur rupture ou leur ouverture.

Variétés & Anecdotes

L'hygiène scolaire en Allemagne (1)

Il y a peu de pays où l'on s'occupe autant de la protection de l'enfance qu'en Allemagne. Partout les autorités locales ont interdit sévèrement le travail des enfants d'âge scolaire en dehors des heures d'école, et le gouvernement a donné à ces décisions force de loi. Mais c'est surtout dans l'hygiène scolaire que nos voisins ont réalisé des progrès remarquables. Depuis trois ans il a surgi toute une organisation nouvelle, celle des médecins scolaires. Mais pour ce progrès comme pour tant d'autres, on n'a pas procédé comme en France, en appliquant d'un coup à tout le pays une mesure générale : c'eût été le moyen d'aboutir à un échec probable. L'exemple n'est pas même parti de la capitale : c'est une petite ville, Wiesbaden, qui a eu l'honneur de cette initiative digne d'éloges. Puis l'expérience ayant réussi, les grandes villes en ont fait peu à peu leur profit.

C'est ainsi qu'à Francfort, où existe déjà depuis 1883 un médecin municipal qui assiste l'administration dans toutes les affaires intéressant la santé publique et en particulier l'hygiène scolaire, ont été nommés l'an dernier 11 médecins chargés tout spécialement de surveiller l'hygiène des écoles de la ville. Chacun d'eux reçoit une indemnité annuelle de 1000 marks et a en moyenne 1700 enfants à visiter. Il donne dans chaque école tous les quinze jours une consultation de deux heures, suivie d'une visite des classes. Pour chacun des 19 000 enfants des écoles primaires de la ville est délivré un bulletin de santé, qui l'accompagne pendant toute la durée de la scolarité. Tout enfant, à l'entrée, est soumis à un examen médical. S'il est reconnu malade, les parents seront avisés par écrit. Bien entendu, le médecin scolaire n'a pas à s'occuper du traitement : il décide seulement des cas où les enfants peuvent être totalement ou partiellement dispensés de l'école pour cause de santé, et désigne ceux qui doivent être mis dans certaines écoles spéciales comme les établissements affectés aux sujets imbéciles ou infirmes, et enfin ceux qui doivent être dirigés sur les colonies scolaires.

Cette institution utile n'a pas tardé à être adoptée dans un certain nombre de villes telles que Leipzig, Magdebourg, Erfurt, Nuremberg, Heilbronn, et déjà les statistiques en ont montré les bienfaits. Ainsi, sur 547 enfants visités dans deux écoles de Leipzig, on a trouvé deux cas de tuberculose pulmonaire, 11 d'affections cardiaques, 10 de déviation de la colonne vertébrale, 63 de végétations du nez et de la gorge, 75 de troubles de la vue et 10 de troubles de l'ouïe : autant de constatations faites pour le plus grand profit des familles intéressées non moins que pour celui de la santé publique.

C'est à Berlin — le croirait-on ? — que l'organisation des médecins scolaires a le plus de peine à s'établir. La question a bien été agitée, mais elle n'est pas encore résolue, par suite des interminables discussions qu'elle a soulevées. En attendant, le ministre a ordonné, il y a un an, une grande enquête médicale sur les enfants des écoles de campagne. Cette enquête devait porter sur les points suivants :

« Les enfants admis n'offrent-ils aucun danger pour leurs camarades (maladies contagieuses, malpropreté, etc.) ?

« Peuvent-ils, sans danger pour leur développement phy-

(1) Revue Pédagogique du 15 mars.

sique, prendre part à tout l'enseignement, ou être dispensés de certaines parties, comme la gymnastique, etc. ? Il y a lieu de déterminer à cet égard d'une façon précise la nature de leur constitution et d'indiquer les états constitutionnels héréditaires (tuberculose, scrofulose, syphilis, épilepsie, etc.), les infirmités diverses, etc. »

Il n'est pas besoin de démontrer quels peuvent être, pour l'avenir, les bienfaits de cette organisation, dont nous ne voyons que les débuts.

A. PINLOCHE.

Signes de dégénérescence chez les hommes illustres de Plutarque.

M. le Dr A. Bosc développe ce thème dans une thèse très étudiée au point de vue historique (1) que la plupart des grands hommes illustrés par PLUTARQUE présentaient des tares de dégénérescence. Citons, d'après lui, quelques exemples relatifs à l'état mental de certains hommes qui sont généralement considérés sous un jour plus favorable.

« J'ai regret, dit VALAIRE-MAXIME, de parler de la jeunesse de THÉMISTOCLE, quand je vois, d'un côté, son père le déshéritant avec ignominie, et de l'autre sa mère réduite, par l'opprobre de ce fils, à se pendre de douleur. » Né de parents pauvres, il rivalise avec Cimon, plus riche que lui, pour les frais de la table, la dépense des habits, le luxe des équipages. Ambitieux et orgueilleux, il fait venir chez lui un joueur de lyre, afin que les passants voyant sa maison remplie de monde, croient qu'il possède beaucoup d'amis. Une autre fois il remet toutes les affaires à juger au jour de son embarquement pour Caprée, de façon que les Athéniens soient émerveillés de sa puissance. N'ayant pas assez d'argent pour satisfaire ses passions, il bannit les citoyens les plus riches, s'empare de leurs biens, ou rappelle d'exil ceux qui lui offrent assez d'argent.

> Au gré de ses désirs, afin de s'enrichir
> Il rappelle d'exil, bannit et fait mourir.

......On observe aussi dans la vieillesse cette perversion de sentiment. CATON l'Ancien, par exemple, dont l'austérité de mœurs est connue, après avoir travaillé toute sa vie, se débauche sur ses vieux jours. Il marie son fils, afin de pouvoir cohabiter avec une de ses esclaves. Sur les reproches qu'on lui en fait, il la répudie et épouse la fille d'un de ses créanciers. Lui qui a toujours vécu d'une vie frugale, il s'adonne à la bonne chère, ce qui fait dire à un de ses amis que « les plats fins et succulents avaient remplacé les raves »......

... DÉMOSTHÈNE pourrait être classé dans les persécutés persécuteurs.

D'origine obscure, DÉMOSTHÈNE passa les premières années de sa jeunesse dans la débauche et l'oisiveté : les longs vêtements flottants qu'il portait toujours et sa démarche efféminée lui avait fait donner le nom de « BATTALUS ». Parvenu à la majorité, qui à Athènes commençait à dix-sept ans, il intenta un procès à ses tuteurs qui avaient diminué son bien, puis, ceux-ci ayant été condamnés à lui payer une indemnité, il ne l'exigea pas et les tint même quittes de leur reconnaissance, bien qu'il eût mis une grande âpreté à les poursuivre.

Il semblerait, d'après cet épisode de la vie de DÉMOSTHÈNE, que ce soit chez lui de la grandeur d'âme. Bien loin de là, et les surnoms d'ARGAS et SYCOPHANTE n'ont jamais été si bien mérités, ni mieux portés que par lui. Un jour, insulté et frappé en plein théâtre, par un de ses ennemis, il le cite en justice, et au lieu de poursuivre son accusation, se désiste pour une somme de 3.000 drachmes. — Une autre fois il plaide pour les deux parties adverses d'un procès et se fait payer par l'une et par l'autre.

Plus tard, à la bataille de Chéronée, il prend la fuite, et, revenu à Athènes, il plaide sa lâcheté et a même l'audace de réclamer la couronne d'or qu'on donnait seulement au vainqueur. Accusé d'avoir accepté de l'argent d'un ennemi de sa patrie et ne pouvant payer l'amende à laquelle les juges le condamnèrent, il partit en exil........

(1) Thèse de Toulouse.

Accouchement sans douleur

L'article dans lequel vous nous représentez comme controversé la possibilité d'un accouchement sans douleur, me remet en mémoire un fait qui remonte à mes premières années d'exercice médical et présente peut-être quelqu'intérêt dans la question.

En 1857, étant aide-major à Tiaret, alors petit poste de la province d'Oran, je fus réveillé une belle nuit par un officier qui me dit : « Docteur, je crois que ma femme va accoucher. »

Quelques minutes après j'étais près de la parturiente, âgée de 22 ans, d'une très bonne constitution, d'un développement squelettique parfait, mariée depuis environ quinze mois.

Après les quelques mots d'usage, je demandai la permission d'exercer le toucher. « Oh ! m'écriai-je, ce ne sera pas encore pour cette nuit, car le travail est à peine commencé.

— Cependant, docteur vous n'allez pas m'abandonner ? — Non certes, madame. »

Puis à titre de maintien, je passai la revue de la layette, je pris un livre et m'installai près d'une lampe.

De temps en temps la jeune femme faisait entendre un petit cri « Ah ! » très discret.

Le mari, lui, s'était réfugié dans la partie la plus sombre de la pièce. Il ne disait rien et bâillait beaucoup.

Vers les quatre heures il s'étira et me dit : « Ah ça, docteur, allons-nous donc passer le reste de la nuit ainsi ! Si nous prenions quelque chose ! Que diriez-vous d'une soupe à l'oignon ? »

Peu de temps après un potage fumant et à l'odeur réjouissante faisait son entrée. Déjà je commençais à y goûter, lorsque la jeune femme pousse un « Ah ! » cette fois très accentué. Puis, d'une voix *très calme* et *très douce*, elle me dit : « Docteur,

je crois qu'il vient de se passer quelque chose d'extraordinaire, je me sens très mouillée. »

Le mari : « Veux-tu bien laisser le docteur manger son potage, puisqu'il t'a dit que ce ne serait pas pour cette nuit. »

« Mais, docteur, je vous assure que j'accouche... il me sort quelque chose... ce doit être la tête, car je sens avec mon doigt qu'il y a des cheveux... »

Cette fois je bondis et il n'était que temps, car en moins de deux minutes j'avais entre les mains une grosse fille.

Tout se passa on ne peut mieux et le lendemain, en rentrant chez moi, j'eus la velléité d'écrire sur mes notes : « A Tiaret, les primipares accouchent sans douleur. » Mais je ne tardai pas à changer d'avis.

Dr Hémard,
Médecin principal en retraite.

(*Journal de Méd. et de Chir.*)

Pavage en liège.

Le pavage en liège employé dans certaines rues de Londres se comporte de façon très satisfaisante. Les pavés sont composés de liège réduit en petits morceaux, mélangé à du bitume et de la fibrine, et comprimé en blocs massifs sous une pression de 42 kilogrammes par mètre carré. Ces blocs sont très élastiques, n'absorbent pas l'eau et forment un pavage sonore, plus durable, paraît-il, qu'aucun autre ; de plus, leur surface est sûre au pied des chevaux.

Une grande voie carrossable a été pavée ainsi il y a six ans environ, et n'a pas exigé de réparations depuis lors. Le 4 juillet dernier, une partie de ce pavage a dû être démontée pour le creusement d'une tranchée, et on a pu constater à cette occasion qu'eu égard au trafic exceptionnellement intense qui s'exerce sans discontinué sur ladite voie, l'usure du pavage était insignifiante, et que celui-ci répond entièrement aux espérances qui s'attachaient à son emploi. Les frais d'établissement du pavage en liège ne sont pas plus élevés que ceux des meilleurs pavages en bois dur. En raison des avantages qu'il présente comparativement à ces derniers, il faut donc s'attendre à voir le pavage en liège s'implanter rapidement dans les grands centre. (*Technologie sanitaire*).

Le Musée de Frioul.

Au lazaret de Frioul, en face de Marseille, se trouvent réunis les différents instruments qui servaient jadis à communiquer avec les pestiférés.

A côté des gigantesques sabres de cavalerie, et des piques avec lesquelles on ouvrait les bubons... à distance, on rencontre les longues tiges d'argent usitées pour administrer les derniers sacrements aux moribonds sans danger de contamination.

Plus loin se trouve un engin formidable dont la vue rappelle les horreurs de l'Inquisition. C'est une gigantesque cisaille de fer, semblable à une pince de homard et qui porte le nom galant de pince à cadavres. C'est avec cet instrument que les croque-morts confiaient aux flots bleus de la Méditerranée les cadavres des malheureux pestiférés.

Auprès de ce musée des horreurs se trouvent réunis d'autres souvenirs moins macabres, entre autres la chaise à porteurs de la duchesse d'Angoulême qui, en 1820, fit une quarantaine au Frioul, à son retour de Naples.

(*Gazette des Hôpitaux*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Distinctions honorifiques

Sont nommés *Officiers de l'instruction publique* : MM. les docteurs Bardy, pharmacien à St-Dié (Vosges) ; Claudot, directeur du service de santé à Lyon ; Garnier, directeur de l'asile d'aliénés de la Côte-d'Or ; Nocard, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort ; Poinsot, dentiste à Paris.

Officiers d'Académie : Beltrami, dentiste à Marseille ; Bliz, dentiste à Boulogne-sur-Seine ; Choux, médecin-major à Philippeville ; Dalle-Jadin, dentiste à Paris ; Desmesse, à Villemaux (Eure-et-Loir) ; Diviani, Fouyer, Papet, dentistes à Paris ; Pintes, dentiste à Alger.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Vœlker, de Paris ; Samalens, d'Auch (Gers) ; Beauregard, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Mementos de médecine thermale à l'usage des praticiens, publiés sous la direction du docteur Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, avec introduction par monsieur Huchard. Stations hydro-minérales de la France (première série). (A la librairie Maloine, 21, place de l'Ecole-de-Médecine Paris, et aux bureaux de la *Gazette des Eaux*, 42, rue du Cherche-Midi, Paris).

La littérature médicale est encombrée par le nombre toujours croissant des monographies publiées journellement sur les eaux minérales. Parmi ces monographies, quelques-unes sont remarquées ; d'autres, non moins sérieuses, tombent dans l'oubli. Débordé, le praticien ne peut suffire à cette lecture ; et pourtant, quel intérêt n'a-t-il pas de savoir *formuler*, à un moment donné, la *cure thermale appropriée ?*

C'est là précisément la raison d'être du volume que nous présentons aujourd'hui aux médecins. Ce qu'est ce volume, ce qu'il vaut, ce qu'il vise, M. Huchard, dans l'introduction qu'il a bien voulu en faire, va se charger de le dire :

« Faire connaître aux praticiens, rapidement et d'après l'ordre alphabétique, plus de 40 stations hydrominérales répandues dans toute la France, donner sur elles tous les renseignements généraux, avec les propriétés physiques et chimiques, l'action physiologique, la description, le mode d'administration, les indications et contre-indications de chacune de ces eaux étudiées par les médecins les plus compétents et les plus expérimentés, n'est-ce

pas là une œuvre à la fois patriotique, scientifique, humanitaire ?

» Elle est patriotique, puisqu'elle démontre une fois de plus que, de toutes les contrées du monde, la France est la plus riche en eaux minérales, par leur nombre, par leur variétés, par leur puissance d'action, et que les médecins de notre pays seraient bien coupables de méconnaître ou de négliger de si belles richesses.

» Elle est scientifique, puisqu'elle donne la preuve des propriétés thérapeutiques, basées sur la composition chimique et l'action physiologique des eaux minérales.

» Elle est humanitaire, puisqu'elle profite aux malades en leur réservant une médication des plus efficaces, et aux médecins en leur facilitant singulièrement la tâche.

» Telle est l'œuvre heureusement accomplie, grâce à l'initiative de M. le Dr Moricé, le distingué rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, grâce à la collaboration de savants qui ont parfaitement étudié, décrit, démontré tout ce que de nombreuses observations et une longue expérience leur ont appris.

» Les **Mémentos de médecine thermale** sont donc appelés au plus grand succès, puisque leur lecture et leur connaissance peuvent rendre les plus grands services ; ils seront comme le *vade-mecum* des praticiens. Pour ma part, je les ai lus alec le plus vif intérêt, un profit réel, et chacun de nous laissera cet instructif volume à portée de la main sur sa table de travail pour y puiser à chaque instant des renseignements utiles... »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vient de paraître au *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes, à Paris : **Le Dressage des Jeunes Dégénérés ou Orthophrénopédie,** par le Dr H. Thulié, Tome IV de la *Bibliothèque d'Education spéciale*. Volume in-8 de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 francs.

Assistance et Traitements des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants).

Assistance et Traitement des Alcooliques. — Colonies Familiales, aperçu critique sur l'article 2 du nouveau projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, par Pornain, avec une préface de M. le Dr Magnan. Tome VII de la *Bibliothèque d'Education spéciale*. Un volume in-8 de IV-212 pages. Prix : 5 francs.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

12me semaine, du 18 mars au 24 mars 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	1
3 mois à un an	3	3
1 an à 2 ans	4	1
2 à 5 ans	3	4
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	3
20 à 40 ans	14	7
40 à 60 ans	8	7
60 à 80 ans	13	6
80 ans et au-dessus	2	»
Total	60	32

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Naissances par quartier	Total des décès	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phthisie pulmonaire	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	10	7	2	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	11	11	8	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	17	9	4	»	»	1	1	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
Wazemmes, 36,782 hab.	30	15	2	»	2	»	»	1	3	»	»	1	2	4	»	»	»	»	»	»	»	»
Vauban, 20,381 hab.	13	9	3	»	»	1	»	»	2	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	12	12	5	»	»	1	»	»	4	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Esquermes, 11,381 hab.	8	5	2	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	6	10	4	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	2	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	22	8	6	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Canteleu, 2,836 hab.	3	4	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	6	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Total	138	92	36	»	3	3	2	1	19	»	»	2	5	14	4	1	1	»	»	»	1	»

N° 169. Quatrième Année. N° 14. Le Numéro : 10 centimes. 8 Avril 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La lutte contre la Tuberculose dans les milieux industriels.

Rapport présenté le 21 mars 1900

à la Commission extra-parlementaire de la Tuberculose (1),

par le Dr **A. Calmette**

Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, Professeur à la Faculté de médecine

La diffusion de la tuberculose est plus rapide dans les milieux industriels que partout ailleurs, en raison de l'hygiène extrêmement défectueuse de la plupart des usines et surtout des habitations ouvrières. Dans toutes les grandes cités manufacturières du Nord de la France, la mortalité générale n'est pas très élevée, mais la tuberculose est, de beaucoup, la cause la plus fréquente des décès : elle entre à peu près pour un quart dans les statistiques officielles. Et si l'on envisage ce fait qu'elle évolue généralement avec une grande lenteur, en 7, 8 et 10 ans et quelquefois davantage, on peut se rendre compte que, très certainement, cette maladie est la cause principale de la misère du peuple.

Chaque fois que, dans une famille ouvrière, un membre est frappé de tuberculose, le chômage forcé entraîne bientôt des dettes, et le désespoir ne tarde pas à s'installer au foyer.

Il importe donc de rechercher quels peuvent être les moyens efficaces de lutte à appliquer, dans le plus bref délai possible, contre l'extension croissante d'un tel fléau.

La création de sanatoria répond certes à un besoin pressant, mais on peut se demander si elle ne devrait pas, pour rendre les services qu'on est en droit d'en attendre, être précédée immédiatement d'une organisation défensive qui nous permette d'entreprendre à la fois le traitement plus précoce de tous les malades et la prophylaxie dans la famille même de l'ouvrier.

J'apporte ici les réflexions qui m'ont été suggérées plus particulièrement par l'étude de la tuberculose dans les milieux industriels du Nord.

Les trois villes de Lille, Roubaix, Tourcoing, forment une agglomération de près de 400.000 habitants, dont 250.000 ouvriers travaillent pour la plupart dans les usines métallurgiques, les peignages de laine, les filatures et les industries chimiques.

(1) Les conclusions de ce rapport ont été approuvées à l'unanimité par la sous-commission des milieux collectifs.

D'après le pourcentage moyen des indisponibilités pour cause d'affections tuberculeuses, on peut admettre que, sur ces 250.000 ouvriers de l'agglomération lilloise, 15.000 au moins sont tuberculeux à des degrés différents. Il en meurt chaque année environ deux mille.

Je suis certainement très près de la vérité en évaluant à 12.000 le nombre moyen des ouvriers tuberculeux auxquels nous devrions assurer des soins, non seulement pour tâcher de les guérir, mais aussi pour les empêcher de répandre autour d'eux, dans les ateliers et dans leurs familles, les germes de la tuberculose.

Pour traiter utilement les malades qui peuvent guérir ou être améliorés, soit environ 6.000 (un peu moins de la moitié du nombre total des tuberculeux), et pour effectuer une prophylaxie efficace dans les milieux ouvriers de notre agglomération par l'isolement des malades, il serait nécessaire de construire au moins 60 sanatoria de 100 lits chacun, ce qui entraînerait une dépense minima de 30 millions pour les seuls frais de premier établissement. Les ressources budgétaires des trois villes ne sauraient supporter des charges aussi considérables.

Je sais bien qu'il ne s'agit pas de réaliser immédiatement et d'un seul coup la construction d'un si grand nombre de sanatoria ; qu'il faudrait tout d'abord habituer les malades à s'y rendre et le public à désirer leur multiplication ; que c'est là une œuvre de très longue haleine. Vingt ans, trente ans peut-être se passeront avant que l'éducation du peuple soit faite à cet égard.

Mais c'est précisément cette perspective de rester si longtemps à peu près désarmé en face de l'extension croissante du fléau, qui m'a fait penser à une autre stratégie dont l'application pourrait être immédiate, moins onéreuse, et, à ce qu'il me semble, très efficace au point de vue prophylactique.

Le Sanatorium populaire, même celui des compagnies d'assurances allemandes, reçoit très rarement des tuberculeux au début de leur maladie. L'ouvrier attend, le plus souvent, pour solliciter l'assistance, que le nombre croissant de ses journées de chômage l'accule presque à la misère. C'est alors qu'il a recours au médecin.

Dans ces conditions, aucun traitement ne peut être efficace ; l'envoi au sanatorium parvient à peine dans 40 °/° des cas à produire une amélioration suffisante pour que le travail puisse être repris temporairement. Je pense qu'au lieu d'attendre que l'ouvrier tuberculeux aille consulter le médecin et soit acculé au chômage, on devrait ériger en principe la nécessité d'*aller à lui* et de lui prêter assistance avant même qu'il puisse s'apercevoir qu'il est gravement atteint. Je voudrais qu'on pût *dépister* chez lui la tuberculose tout au début de son évolution et qu'on s'efforçât aussitôt de donner au malade les conseils et les soins qui pouvent lui être utiles, en le conservant le plus souvent à sa famille et à son milieu.

Voici comment j'envisagerais la possibilité d'organiser pratiquement la lutte contre la tuberculose dans la classe ouvrière :

On créerait tout d'abord dans chaque ville des dispensaires de quartiers en nombre suffisant pour que chaque dispensaire puisse facilement desservir une circonscription déterminée.

Le rôle des dispensaires consisterait :

1° A se mettre en relations avec tous les chefs ou contremaîtres d'usines ou d'ateliers et avec tous les établissements occupant des ouvriers protégés par la loi d'assurances contre les accidents.

2° A rechercher, grâce aux renseignements fournis par les chefs ou contremaîtres d'usines ou d'ateliers, les ouvriers suspects de tuberculose ; à les attirer au dispensaire pour leur donner aussi souvent qu'ils en auront besoin, des consultations gratuites, des conseils pour leur famille ; à leur distribuer, lorsqu'ils seront obligés de suspendre leur travail, des secours en nature ou en espèces, des vêtements, des médicaments, des livres.

3° Le dispensaire de chaque circonscription devrait immatriculer tous les malades de son ressort, les faire visiter fréquemment à domicile, leur procurer des occupations ou des travaux en rapports avec leurs aptitudes et avec leur état de santé ; faire désinfecter leurs logements toutes les fois que cette opération peut être utile ; leur fournir des crachoirs hygiéniques ; indiquer comment il faut détruire les crachats; stériliser le linge de corps et les vêtements ; donner, en un mot, toutes les instructions nécessaires pour assurer dans les meilleures conditions possibles l'hygiène du tuberculeux à domicile, et préserver de la contagion ceux qui l'entourent et dont il ne veut ou ne peut se séparer.

Je voudrais que chaque dispensaire fût dirigé par un médecin spécialement instruit en vue des fonctions

qu'il devra remplir et ayant fait un stage suffisant dans les laboratoires de bactériologie pour être en mesure d'examiner lui-même régulièrement les crachats de ses malades et de contrôler l'efficacité des désinfections qu'il aura prescrites.

Il va sans dire que tous les dispensaires seraient pourvus des instruments et appareils utiles pour l'observation rigoureuse des malades (microscope, bascule, dynamomètre, etc.) et que chaque ouvrier immatriculé, passant d'une circonscription dans une autre, y serait suivi par un dossier clinique.

L'organisation administrative des dispensaires serait, à mon avis, avantageusement confiée aux municipalités, au moins dans les grandes villes, avec un contrôle de l'Etat et sous la réserve qu'une loi rendrait leur création obligatoire dans toutes les agglomérations ouvrières de quelque importance

Les dépenses de premier établissement seraient évidemment peu considérables, mais leur entretien exigerait des sacrifices pécuniaires importants, en raison surtout de la nécessité de subvenir aux besoins des familles des ouvriers malades. D'après mes calculs, très approximatifs, chaque ouvrier soigné ou surveillé par le dispensaire, y compris les secours distribués à domicile, coûterait en moyenne 3 francs par jour d'invalidité.

Si je prends comme exemple la ville de Lille, qui devrait secourir environ 3.000 tuberculeux répartis en 6 dispensaires, j'admets que chaque dispensaire aurait à assister au maximum 50 invalides par jour, soit le dixième de ses immatriculés. C'est une dépense quotidienne de 150 francs englobant tous les frais généraux, soit 55.000 francs par an et, pour les 6 dispensaires, une dépense totale annuelle de 328.500 fr.

Ce chiffre est assurément élevé, puisqu'il représente pour la population de Lille (220.000 âmes) une participation d'environ 1 fr. 50 par habitant et par an. Mais l'importance du but à atteindre, la certitude surtout d'obtenir des résultats immédiats pour la prophylaxie de la tuberculose dans la classe ouvrière, justifieraient aux yeux de tous les citoyens clairvoyants, à défaut d'institutions d'assurances obligatoires contre la maladie analogues à celles qui existent en Allemagne, l'établissement d'un impôt spécial, centimes additionnels ou autre, dont une loi rendrait obligatoire l'affectation aux dispensaires anti-tuberculeux.

L'organisation de ces dispensaires, telle que je viens de l'exposer dans ses grandes lignes, permettrait sans aucun doute de lutter contre l'extension de la tuberculose dans les milieux ouvriers, beaucoup plus rapidement que par les sanatoria seuls. Outre qu'il serait possible d'assister presque tous les ouvriers malades d'une ville dès le début de leur affection, il me paraît hors de conteste qu'aucune prophylaxie efficace ne saurait être tentée, si ceux qui l'entreprennent ne restent pas constamment en contact avec les malades et avec leurs familles, pour imposer à ces dernières, par la persuasion et par l'exemple, les règles d'hygiène auxquelles elles doivent se plier.

Rien de tout cela n'est possible avec le sanatorium seul. Le malade est, il est vrai, l'objet de soins excellents ; sa famille est secourue, mais non surveillée, la maison qu'il habitait reste un foyer d'infection où il se réinfectera à son retour.

Et, objection plus grave, si la ville ne possède qu'un ou deux sanatoria de 100 lits chacun pour les 3 ou 4 mille ouvriers tuberculeux curables qui l'habitent, comment devra se faire la sélection des rares élus ? Quelle commission devra prendre la responsabilité de choisir dans telle usine ou dans tel atelier, ceux qui pourront guérir et ceux qui sont irrémédiablement condamnés à ne recevoir aucun soin.

Je verrais un avantage très grand à ce que, au lieu de considérer le sanatorium comme l'instrument principal de la lutte contre la tuberculose, on en fît seulement une annexe, un complément des dispensaires anti tuberculeux urbains.

Les médecins spécialistes qui assureront le service de ceux-ci seraient tout naturellement désignés pour choisir parmi leurs malades ceux que l'état de leurs lésions et leur condition sociale appellent à bénéficier le mieux de la cure d'air et de repos. Les ouvriers sans famille, par exemple, ou bien ceux qui travaillent dans une industrie particulièrement susceptible d'aggraver leur maladie, seraient dirigés de préférence sur les sanatoria.

Un seul de ces établissements pour chaque ville importante suffirait alors et rendrait les plus grands services. Mais il ne faut pas demander au sanatorium ce qu'il ne peut pas donner.

On s'imagine trop facilement aujourd'hui que la multiplication des sanatoria sur notre territoire entraînerait une grande diminution de la mortalité par tuberculose et qu'il faut pousser la charité privée et les pouvoirs publics à en créer un grand nombre.

Sans doute, les sanatoria sont nécessaires et il serait désirable que chaque ville manufacturière et chaque département possédassent un ou plusieurs établissements de ce genre, mais il ne faut pas se dissimuler que les dépenses énormes entraînées par leur construction et leur entretien sont hors de proportion avec les services qu'ils peuvent rendre, *lorsqu'on envisage le nombre immense des ouvriers tuberculeux auxquels le devoir social nous oblige à porter secours !*

Les *dispensaires anti-tuberculeux urbains* répondent, à cet égard, beaucoup mieux, me semble-t-il, aux besoins immédiats du peuple. C'est à leur multiplication rapide dans toutes les villes industrielles que devraient tendre tous nos efforts.

A propos d'un cas d'astasie-abasie paralytique, chez un enfant de dix ans (1).

Par le Dr **E. Ausset**, professeur agrégé,
Chargé de la Clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille

---

Le 14 mars dernier entrait dans le service de la clinique infantile la nommée Zélia P..., âgée de 10 ans, envoyée à l'hôpital Saint-Sauveur par son médecin. Cette enfant, qui habite à C..., dans les environs de Cambrai, est atteinte de troubles de la motilité des membres inférieurs.

Il n'y a aucun antécédent à noter dans la famille. Le père et la mère ne sont pas particulièrement nerveux ni rhumatisants. La malade a marché à un an, elle semble avoir été bien alimentée ; au reste son état général est excellent, elle est très robuste et n'aurait fait aucune des maladies si communes dans l'enfance.

Il y a un an cette fillette se trouva en contact avec une folle violente ; depuis lors son imagination très frappée lui représentait constamment cette aliénée et toutes les nuits elle avait son sommeil troublé par des rêves ayant toujours pour base la présence de la folle, *qui la persécute et la poursuit avec des ustensiles de ménage*.

Le 1er janvier 1900 elle est prise d'un grand mal de tête et d'une constipation opiniâtre ; en même temps elle éprouve une sensation de lourdeur dans les membres inférieurs ; la marche devient difficile et demande de grands efforts d'attention. Le 26 février dernier la marche est tout à fait impossible, les maux de tête sont continus et très violents. La constipation est toujours opiniâtre. La malade n'a jamais eu de convulsions ni la moindre crise nerveuse.

C'est dans ces conditions qu'elle est conduite dans notre service.

Lorsque nous examinons cette fillette le 15 mars au matin, nous la trouvons l'air sombre, les sourcils froncés, répondant difficilement à nos questions, et se plaignant d'une violente céphalalgie qui, dit-elle, ne la quitte jamais. Elle est dans le décubitus dorsal, absolument immobile, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle.

Passant alors immédiatement à l'examen des membres inférieurs, nous constatons que l'enfant semble à peu près complètement paralysée de ce côté-là. C'est tout au plus si après beaucoup d'efforts elle peut les soulever de deux ou trois centimètres au dessus du plan du lit. Elle ne peut les fléchir, les mettre en abduction ou en adduction ; en un mot on peut dire qu'ils paraissent paralysés.

Continuant alors nos recherches, nous ne sommes pas peu surpris de voir que la force musculaire existe absolument intacte, l'enfant résiste très énergiquement et c'est avec peine que nous arrivons à vaincre ses muscles extenseurs, fléchisseurs, ou adducteurs quand nous lui commandons de nous empêcher de fléchir, étendre ou écarter ses jambes. En revanche, si nous fléchissons la jambe sur la cuisse, elle ne peut plus ensuite d'elle-même remettre ses membres dans l'extension.

En somme il n'y a là qu'une pseudo-paralysie, puisque notre malade résiste avec ses muscles de la cuisse et de la jambe.

La sensibilité présente des modifications très intéressantes. Depuis la partie inférieure des jambes, depuis la plantes des pieds jusqu'à deux centimètres au-dessus des deux rotules, l'enfant ne sent plus les impressions douloureuses. Nous la piquons avec une épingle, nous traversons la peau de part en part, elle n'éprouve qu'une sensation de contact. De même, tous les objets chauds ou froids ne lui font éprouver jusqu'à deux centimètres au-dessus des rotules qu'une sensation très obtuse de contact.

Aux cuisses la sensibilité redevient absolument normale dans tous ses modes. C'est là un point très intéressant à noter et à mettre en regard de la pseudo-paralysie des muscles des cuisses. Nous y reviendrons plus loin.

Le sens musculaire est conservé.

Les réflexes plantaires sont à peu près abolis ; les réflexes patellaires sont légèrement exagérés. Pas de trépidation épileptoïde ; pas de tremblement ni au repos ni à l'occasion des tout petits mouvements que la malade arrive à faire en soulevant ses membres à deux ou trois centimètres au-dessus du plan du lit.

Il était intéressant de voir comment se comporterait cette malade dans la station debout et pendant la marche. Dès l'abord, l'enfant nous prévient qu'elle ne peut marcher, c'est à très grand regret qu'elle nous obéit car elle est sûre de tomber. En effet, nous constatons qu'elle ne peut se tenir debout que si on la soutient vigoureusement des deux côtés, et encore l'on sent un poids très lourd, tant elle se laisse aller. Si on fait mine de l'abandonner, elle « s'affale » immédiatement avec une prédominance à tomber en arrière. La station debout est donc absolument impossible. Soutenue des deux côtés, l'enfant ne peut marcher, elle soulève très légèrement ses pieds au-dessus du sol, elle les traîne un peu, mais c'est tout ce qu'elle peut faire. A l'occasion de toutes ces manœuvres il ne se produit aucune trépidation, aucun mouvement clonique. Nous n'avons pas cherché à faire sauter l'enfant à pieds joints, ou à la faire marcher « à quatre pattes » l'impossibilité de mouvoir ses muscles des cuisses nous ayant paru devoir juger la question.

Examinée en détail sur tout le reste du corps et sur tous les organes, notre malade ne présente rien de particulier à signaler.

Notons cependant que la constipation est toujours très forte, qu'à la tête existe le clou des hystériques, que la pression tout le long des apophyses épineuses est douloureuse et que les réflexes cornéens et pharyngiens sont considérablement diminués, presque abolis. Il n'y a pas de dyschromatopsie. Le champ visuel est très sensiblement normal.

Evidemment il ne pouvait s'agir chez cette malade d'une paralysie organique quelconque, due à une lésion nerveuse soit centrale soit périphérique. La conservation de l'inté-

(1) Cette malade a été présentée à la *Société de Médecine du Nord* dans sa séance du 23 mars 1900.

grité de la force musculaire avec cette impuissance absolue, cette impossibilité non seulement de la marche et de la station debout, mais encore des mouvements divers dans la position couchée, cette distribution si particulière des zones d'anesthésie, tout cela nous éloignait immédiatement de l'idée d'une lésion organique quelconque et nous faisait diagnostiquer une pseudo-paralysie de nature hystérique. Aussi nous décidâmes d'essayer d'abord la suggestion à l'état de veille, et nous annonçâmes très énergiquement et sur un ton véritablement comminatoire à cette malade qu'elle *devait* être guérie douze jours après. Nous adjoignîmes à cette suggestion que tous les matins nous répétions au lit de la malade des douches froides. L'effet fut encore plus rapide que nous l'avions annoncé, la suggestion agit encore plus vite, et la guérison était absolue *quatre* jours après. Le 18 au matin, l'enfant était toujours dans le même état ; le 19 elle s'était réveillée *absolument* guérie. La céphalalgie et la constipation avaient disparu : la sensibilité était redevenue normale et l'enfant jouait, debout, dans la salle, au milieu de ses compagnes.

A notre avis il convient de relever dans l'histoire de cette malade quelques particularités très intéressantes.

D'après la définition, toujours juste, de Blocq, l'astasie-abasie est un « état morbide dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs. »

Cette définition convient parfaitement aux cas types, mais elle ne peut s'appliquer à d'autres malades qui s'écartent très notablement de la description classique. Dans les observations des divers auteurs, dans celles de Blocq lui-même, nous avons noté des cas où existaient des anesthésies diverses, et des paralysies ou des parésies en dehors de la marche et de la station debout.

La paralysie à peu près complète des deux membres inférieurs est très remarquable chez notre malade. Il convient en effet de faire remarquer que, couchée, cette enfant pouvait à peine soulever ses pieds de 2 à 3 centimètres au dessus du plan du lit et encore très lentement et avec une extrême difficulté. Il y avait chez elle pseudo-paralysie non seulement des muscles des jambes, mais aussi de tous les muscles fléchisseurs et extenseurs de la cuisse sur la jambe, ainsi que des adducteurs.

Aussi ce ne serait pas sans une *apparence* de raison qu'on pourrait nous dire que notre malade était atteinte de paraplégie hystérique. Mais, à notre avis, ce serait une erreur que de faire un tel diagnostic, la paraplégie hystérique s'accompagnant toujours d'une diminution plus ou moins considérable de la puissance dynamométrique, et si, par exemple, on essaie de fléchir la jambe de ces malades, on se convaincra rapidement qu'ils ne peuvent résister. Or, chez notre fillette la résistance à tous les mouvements de flexion, d'extension ou d'adduction était très grande.

Les troubles de la sensibilité sont aussi très intéressants à noter chez notre malade. En effet on sait que le plus habituellement chez les hystériques les troubles sensitifs se juxtaposent exactement sur les zones atteintes dans leur motilité. Or, chez elle, les troubles sensitifs n'existent qu'aux jambes et les troubles moteurs intéressent aussi les muscles des cuisses.

Enfin, les circonstances à la suite desquelles le syndrôme est apparu (frayeur d'une folle) auraient pu faire penser qu'on devrait plûtot se trouver en présence d'une de ces abasies émotives, décrites par Seglas et par Ballet, plutôt que d'une véritable astasie-abasie. Mais on doit se souvenir que l'abasie émotive, la phobie abasique se distingue de l'abasie vraie par une « angoisse accompagnant chaque tentative de station debout ou de marche » (Seglas), angoisse correspondant cliniquement à ce qui se passe dans les idées obsédantes. Ici nous avons bien affaire à une abasique hystérique et non à une abasique émotive. Notre malade n'a pas ce sentiment pénible d'angoisse, cette appréhension obsédante, cette obsession *consciente* qui est la caractéristique de l'abasie par phobie, par idée fixe. Chez elle, comme chez tous les abasiques hystériques, existe bien la crainte de la chute, mais c'est une crainte sub-consciente ; c'est-à-dire qu'elle sait bien qu'elle ne peut marcher ni se tenir debout, mais elle ne s'explique pas cette impuissance. L'abasique par phobie a, lui, au contraire « le sentiment de la crainte qui le domine » (Ballet).

Comment expliquer ce syndrôme « astasie-abasie » ? Charcot et Blocq ont émis pour l'expliquer une théorie qui commence à ne plus être admise par beaucoup d'auteurs et qui pourrait au reste difficilement s'appliquer à notre malade. On sait que les mouvements sont de deux ordres : les mouvements instinctifs que l'enfant sait exécuter à peine sorti du sein de sa mère et les mouvements volontaires qui doivent être appris par une éducation plus ou moins longue. Chez l'enfant les mouvements instinctifs sont nombreux, mais on peut ranger parmi eux tous les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction d'adduction des membres. Tout le monde a vu dès les premiers jours de la vie les nourrissons remuer bras et jambes dans tous les sens. On peut dire que ce sont là des mouvements instinctifs, *non appris*. En revanche, l'enfant *apprend* à marcher.

Or, ce mouvement *appris*, la marche par exemple, qui, au début, ne pouvait s'exécuter qu'avec l'aide du cerveau tandis que le mouvement instinctif s'exécute avec la moelle, finit bientôt par devenir lui-même secondairement automatique, et nous marchons, sans y penser, sans que le cerveau n'ait plus besoin d'intervenir.

Charcot et Blocq se sont servis de cette théorie physiologique des mouvements de la vie de relation pour expliquer la pathogénie de l'astasie-abasie. Ils ont pensé que la moelle avait perdu le souvenir de ce que lui avait enseigné le cerveau ; l'abasique reviendrait, par amnésie, comme

l'enfant qui vient de naître et qui a besoin d'éduquer sa moelle.

Il ne nous paraît pas utile de reproduire ici les belles démonstrations de FLECHSIG qui établit qu'il y a dans notre cerveau des zones d'association diminuant à mesure qu'on descend dans l'échelle animale et que, chez les animaux inférieurs, il n'existe plus que des centres de projections. Nous passerons aussi sur la théorie de FRIEDLANDER, qui affirme qu'il y a dans l'écorce cérébrale des centres spéciaux pour les actes coordonnés de la marche et de la station debout et que par suite c'est le fonctionnement de ces centres qui est atteint dans l'astasie-abasie.

A notre avis, l'astasie-abasie hystérique n'est autre qu'une des manifestations nombreuses des divers troubles cérébraux que l'on rencontre dans la grande névrose ; on tend aujourd'hui de plus en plus à faire de toutes les manifestations de l'hystérie le résultat d'une perturbation dans les fonctions cérébrales ; nous ne voyons donc pas pourquoi l'astasie-abasie hystérique ne releverait pas de ces mêmes perturbations au même titre que les autres manifestations hystériques. Il ne s'agirait donc pas ici d'amnésie spinale, comme le voulait la théorie de CHARCOT et de BLOCQ.

Est-il besoin d'insister sur la marche et le pronostic de l'astasie-abasie ? Nous ne le croyons pas.

Certes il ne faudrait pas s'attendre à obtenir, dans tous les cas, une guérison aussi rapide que celle que nous avons observée chez notre malade. Les auteurs relatent des faits où le syndrome s'est maintenu pendant deux mois, six mois, un an quelquefois.

Quoi qu'il en soit, la guérison est habituelle ; il est très rare de voir l'état rester stationnaire, au delà d'une certaine durée.

Mais en revanche les rechutes sont fréquentes, et l'on peut voir réapparaître les accidents à la suite d'une émotion nouvelle.

Tout peut réussir, tout peut échouer contre l'astasie-abasie. Chez tel malade, l'hydrothérapie ou les bromures, ou le transfert ou l'hypnotisme donneront de bons résultats, chez tel autre ils échoueront absolument. Il ne faut donc jamais se décourager et successivement employer tous les traitements vantés contre les diverses manifestations de l'hystérie.

Chez les enfants le traitement psychique peut avoir une bien plus grande efficacité que chez l'adulte. Leur impressionnabilité est plus grande, surtout si on a le soin de les soustraire au milieu dans lequel ils vivent habituellement, et de supprimer ainsi tout ce qui peut en quelque sorte cultiver l'hystérie. Nous sommes persuadés que l'entrée à l'hôpital de notre fillette a eu une grande part dans sa guérison si rapide ; l'enfant savait qu'elle ne sortirait qu'une fois guérie, or comme elle aspirait vivement à cette sortie, il s'est fait une association certaine entre l'idée de guérison et l'idée de sortie qui, jointe à la suggestion, a amené rapidement la guérison.

La suggestion à l'état de veille peut en effet suffire très souvent chez les enfants. Si elle échouait on pourrait avoir recours au sommeil hypnotique.

Le transfert a donné de bons résultats. On pourra aussi l'employer.

L'hydrothéraphie, l'électricité et en général toutes les applications externes, peuvent être également employées, mais avec une très grande prudence, car on n'oubliera pas que ces agents amènent parfois des contractures hystériques.

Considérations sur le cœur dans l'obésité

par le Docteur **Marius Bourgain**, de Boulogne-sur-Mer.

De toutes les localisations viscérales de l'adipose, la plus grave est celle qui affecte le cœur ; c'est en effet le plus souvent par son cœur que meurt l'obèse. Sans entrer dans des considérations d'un ordre anatomo-pathologique pur, qu'il nous suffise de nous rappeler que le cœur peut être gras de deux façons ; il peut être gras par prolifération du tissu cellulo-adipeux siégeant sous le péricarde viscéral ; cette prolifération peut être si abondante que l'organe cardiaque arrive à être complètement recouvert d'une couche graisseuse ; plus tard cette couche s'insinue entre les faisceaux du myocarde en les dissociant et en les comprimant, elle peut même envahir le tissu sous-endocardique ; c'est là la véritable hypertrophie du cœur, le cœur gras type ; c'est la surcharge graisseuse du cœur chez le polysarcique, qu'il ne faut point confondre avec la dégénérescence graisseuse du cœur, altération dans laquelle il y a une véritable transformation graisseuse des éléments du myocarde. CORVISART et LAENNEC ont distingué ces deux formes : d'après STOKES, il n'existerait pas de différence bien marquée entre elles deux et l'adipose interstitielle conduirait presque nécessairement à la dégénérescence graisseuse du cœur.

En 1859, QUAIN faisait remarquer combien était rare cette dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du cœur. Même remarque a été faie par MERKLEN et BUREAU, qui rencontrèrent rarement la métamorphose graisseuse des éléments musculaires dans les cas d'obésité cardiaque simple, non compris les maladies infectieuses.

De même que l'obèse n'a point nécessairement de

la surcharge graisseuse du cœur, de même le cœur gras peut exister chez des individus amaigris, cachectisés, chez les cancéreux et les tuberculeux, mais, en fait, c'est presque toujours chez les polysarciques qu'on le trouve et, dans cette catégorie, nous rangerons les gros mangeurs, les gros buveurs (les buveurs de bière en particulier) et les gens à vie sédentaire ; la surcharge graisseuse du cœur est rare dans l'enfance, elle se trouve assez fréquemment chez l'adulte, elle est particulièrement fréquente dans la vieillesse, aussi est-ce bien avec raison que la plupart des auteurs ne veulent voir là qu'une lésion de sénilité; or, beaucoup de séniles sont des artério-scléreux. De nos jours les artério-scléreux abondent partout, dans les classes élevées comme dans les classes pauvres ; l'artériosclérose est la maladie des raffinés, des surmenés, de ceux qui ont commis des excès de table et de travail, de ceux que poursuivent d'incessantes préoccupations. L'athérome, ce stigmate de l'usure, *cette rouille de la vie*, suivant l'expression de PETER, devient l'apanage des sénilités prématurées. En somme, la polysarcie est souvent sous la dépendance directe de l'artériosclérose et l'obésité cardiaque en est une conséquence. L'alcool, ce facteur si important de la sclérose cardiorénale, en même temps qu'il favorise l'obésité, active l'évolution de la maladie scléreuse.

Beaucoup d'obèses sont des cardio-aortiques, présentant à l'auscultation le symptôme de retentissement diastolique clangoreux à droite du sternum ; ce sont des individus atteints d'accès dyspnéiques à paroxysmes nocturnes : on a décoré cette dyspnée du nom d'asthme cardiaque, ne sommes-nous pas en présence de la dyspnée toxi-alimentaire de HUCHARD, si fréquente chez l'artério-scléreux? Nous nous rappelons avoir observé tout récemment le cas d'un obèse pesant 230 livres, chez lequel le cœur était en état d'insuffisance fonctionnelle très accusée avec dyspnée intense et asphyxie locale des extrémités ; cet homme fut traité comme un artério-scléreux doublé d'un dyspnéique toxi-alimentaire ; peu de digitaline, beaucoup de théobromine et un régime lacté sévère le remirent rapidement sur pied. Grand nombre d'obèses sont aussi atteints de myocardite chronique et coronarite se manifestant par des crises angineuses fréquentes ; la lésion la plus importante à l'autopsie porte en effet sur les coronaires. MORGAGNI et SÉNAC disaient avoir vu en pareil cas les vaisseaux du cœur oblitérés et durs comme de petites ficelles tortillées : c'est en somme à cette théorie que l'on s'est rallié et tous les classiques aujourd'hui font jouer un grand rôle à la coronarite chronique dans le développement de la polysarcie du cœur. Mais est-ce à dire que l'altération des coronaires produise nécessairement la surcharge graisseuse du cœur ? Non, puisque nous avons dit plus haut qu'on trouvait de la stéatose cardiaque chez des enfants et même chez des gens non artérioscléreux.

Ici se place donc une question importante. Comment meurt l'obèse par son cœur ? Il meurt de deux façons : ou comme l'artério-scléreux lorsque la surcharge graisseuse est associée à des lésions d'artériosclérose, ou comme un obèse cardiaque simple quand il n'existe pas de lésions athéromateuses.

L'obèse peut mourir comme l'artério-scléreux, lentement, en asystolie ; dans la cardio-sclérose le cœur est toujours en imminence de fatigue ou d'impuissance et à un moment donné les causes les plus légères peuvent entraîner de l'asystolie.

Mais cette façon de mourir est la moins fréquente ; l'obèse meurt le plus souvent subitement : la nouvelle de la mort subite d'un obèse n'étonne personne ; il est même une croyance générale c'est que seuls les obèses peuvent mourir subitement. «Le cœur est étouffé par la graisse». Dans les cas d'adipose cardiaque associée à des lésions d'artério-sclérose, la mort peut survenir de différentes façons : a/ par *hémorrhagie cérébrale* ; dans ce cas la mort peut ne pas être soudaine, mais se produire dans un laps de temps variant de quelques heures à quelques jours ; elle est due à une altération des parois vasculaires, altération soit d'origine scléreuse, soit d'origine adipeuse. b/ *La rupture du cœur* a été fréquemment signalée dans l'adipose cardiaque. De prime d'abord cet accident, semble assez naturel sur un cœur infiltré de graisse, à éléments contractiles dissociés et atrophiés, et pourtant la stéatose cardiaque simple n'a jamais déterminé la rupture du cœur ; celle-ci est consécutive à une embolie brusque dans un rameau des coronaires, entraînant un infarctus du myocarde. La cause de la mort subite par rupture du cœur dans l'adipose cardiaque n'est donc point l'altération graisseuse mais bien une lésion artério-scléreuse. c/ On peut voir également la mort subite se produire chez ces obèses à la suite d'un accès *d'angine de poitrine* par rétrécissement, voire même par oblitération des coronaires ; c'est encore là un accident plutôt dû à l'artério-sclérose concomitante qu'à la stéa-

tose elle-même, mais n'est-on point porté à croire avec raison que les altérations myocardiques consécutives à la surcharge graisseuse n'ont point été un facteur important de la mort subite. Il semble en effet très rationnel que si le cœur eût été moins endommagé, le malade aurait pu supporter vaillamment sa crise d'angine coronarienne.

Si ces morts subites s'expliquent par les altérations artério-scléreuses concomitantes, il est des cas où les vaisseaux sont sains et où pareil mécanisme ne peut être invoqué.

On a constaté des cas de mort subite chez des enfants jeunes, jouissant d'une bonne santé, chez lesquels rien ne pouvait faire prévoir une issue fatale aussi prochaine. BROUARDEL, dans son traité sur « *La mort et la mort subite*, » cite deux observations de mort subite chez des enfants polysarciques à l'occasion d'un bain froid. Dans ces deux cas l'autopsie fut faite et le cœur fut trouvé tellement graisseux qu'il était impossible de distinguer la fibre myocardique. Chez des sujets obèses adultes, pareils faits ont été constatés à la suite de ponctions d'abcès, de thoracentèses, d'opérations sur la muqueuse nasale. Cette mort subite ne doit pas être imputable directement au cœur : elle a lieu dans ces cas par syncope; c'est là l'idée de MERKLEN et BUREAU, qui s'expriment ainsi : « la syncope indirecte survient en l'absence de toute lésion appréciable du cœur, sous l'influence de causes multiples que l'on peut rattacher à l'anémie cérébrale, à l'inhibition, à une toxémie des centres nerveux cardiaques ou encore à une lésion directe de ces centres. »

En somme, c'est l'état de fatigue du cœur qui détermine cette syncope, et qui en augmente la gravité; cette syncope qui eut été momentanée et sans danger chez un sujet au cœur solide, est devenue mortelle chez un sujet au cœur graisseux, c'est-à-dire au cœur affaibli.

Il résulte de ces diverses considérations que l'obèse a un cœur faible et que c'est par cet organe qu'il est le plus exposé à mourir. Chez l'obèse artério-scléreux, il faudra donc tenir compte en même temps et de l'obésité et de l'artério-sclérose; tout en soumettant l'obèse à sa cure d'obésité, il ne faudra pas manquer de diriger un traitement contre son affection scléreuse. Chez les obèses non artério-scléreux, présentant de par leur surcharge graisseuse du cœur une prédisposition spéciale aux accidents syncopaux, il faudra éloigner d'eux toutes les causes pouvant favoriser la production d'une syncope ; les traumatismes, les bains froids, les opérations chirurgicales constitueront toujours pour eux un réel danger. Il faudra, en règle générale, éviter le surmenage et les émotions vives dans une maladie comme l'obésité où tous les organes sont en état d'insuffisance fonctionnelle ou de méiopagie, selon le mot de POTAIN.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

L'**Académie de médecine** admet le vœu de M. VALLIN suivant lequel il y a lieu d'inscrire les pneumonies et les bronchopneumonies infectieuses sur la liste des maladies, dont la déclaration est obligatoire.

Société de Chirurgie. — M. MOTY a traité avec succès, par l'ébouillantage, une péritonite diffuse d'origine appendiculaire.

Société médicale des Hôpitaux. — M. BAR. Dans l'éclampsie l'état des fonctions rénales est secondaire et leur intégrité ne met pas à l'abri d'accès mortels.

— M. ACHARD étudie le mode d'élimination des doses répétées de bleu de méthylène chez les brightiques.

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 6 Avril 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie

M. Carlier présente deux malades qu'il a opérés pour tumeur de la vessie. Le premier de ces malades offrait tous les symptômes cliniques de tumeur de la vessie, mais malgré un cortège de symptômes effrayants, la lésion était peu avancée. Au premier examen, il était presque exsangue, ayant eu d'abondantes hémorrhagies; de gros caillots sanguins obstruaient le canal de l'urèthre; cet état ne permettait pas l'intervention immédiate, on eut recours aux injections de sérum artificiel, et lorsque le malade fut en état de supporter le choc opératoire, M. CARLIER intervint ; il incisa la vessie et tomba sur un petit polype du volume d'un petit pois pédiculisé, facile à enlever. La vessie ne saignant pas, la suture complète de la vessie fut pratiquée ; les suites furent normales. Toutefois, dans la seconde nuit, la sonde s'étant un peu déplacée, le malade fit de violents efforts pour uriner entre les parois de la sonde et celles du canal, mais la suture ne céda pas

M. CARLIER a opéré à peu près vingt tumeurs de la vessie sur les trente cas qu'il a pu examiner, et d'après sa statistique il conclut à la nécessité d'opérer tous les malades atteints de néoplasme vésical; en effet si on ne se décide pas à opérer, on expose les malades à s'émacier peu à peu et à de vives souffrances, tandis que l'opération donne souvent des survies donnant l'illusion d'une guérison.

Parfois on trouve des malades présentant au contraire des symptômes légers et des lésions très avancées. A ce sujet, M. CARLIER rapporte l'observation d'un garçon de 19 ans, qui avait eu d'abondantes hémorrhagies pendant son service militaire. Après sa libération, il vient à l'hôpital Saint-Sauveur, se décide péniblement pour l'intervention. A la fin, devant l'aggravation de son état, il se laisse opérer, après avoir eu plusieurs crises d'urémie dyspnéique et gastro-intestinale. La tumeur était volumineuse, du volume d'une tête d'enfant nouveau-né, très dure et dut être morcelée pour être enlevée. Le pédicule avait le volume du pouce, s'insérant au sommet de la vessie. Les suites furent normales et le malade jouit actuellement d'une bonne santé. L'examen histologique avait pourtant décelé un sarcome malin, devant récidiver à bref délai, et il y a onze mois que 'lopération fut faite.

M. CARLIER a observé un autre cas où la tumeur s'installa sournoisement, déterminant de la cystite, chez un malade de 55 ans. L'opération pratiquée également se termina par une suture totale de la vessie, qui réussit très bien. M. CARLIER fait la suture complète de la vessie en deux plans, le premier en prenant toutes les tuniques de la vessie, il fait ensuite à la soie ou au catgut un second plan plus rapproché.

Actuellement M. CARLIER croit que dans la chirurgie de la vessie on doit chercher à intervenir le plus souvent possible, car dans tous les cas on procure toujours une survie au malade et un soulagement à ses douleurs. M. CARLIER croit même (c'est le résultat de sa statistique) qu'on peut espérer une survie de douze à quinze mois sans douleur, tandis que la non-intervention entraîne fatalement la mort après deux ou trois mois de souffrances.

M. Moty demande à M. CARLIER si, pour suturer la vessie, il ne trouve pas avantageux le procédé de JONESCO, analogue à celui de JALAGUIER, qui consiste à faire jouer les deux plans l'un sur l'autre, en réséquant d'un côté une bande de musculeuse et de l'autre de muqueuse.

M. Carlier n'a jamais eu à regretter d'employer son procédé ordinaire, n'ayant jamais vu une suture vésicale lâcher, et tous ses points de suture prennent en dix à treize jours avec son procédé qui est beaucoup plus simple. Il a vu une opérée, dont la suture ne céda pas malgré une rétention d'urine de dix-sept heures.

M. Lambret demande à M. CARLIER son opinion sur les interventions plus larges, comme l'ablation de la vessie et l'abouchement des uretères dans l'intestin.

M. Carlier. Il est difficile de pratiquer cette opération lorsque le muscle uretéral est atteint, car dans ce cas le sphincter n'agit plus et à la suite de l'abouchement de l'uretère dans l'intestin on a souvent de l'infection ascendante. Il est préférable de faire aboucher l'uretère obliquement dans l'intestin, on court ainsi moins de risques d'infection. On cite à ce sujet un malade de TUFFIER qui a survécu 7 mois.

En tout cas, c'est là une opération qui plus tard deviendra pratique, mais qui, actuellement, donne des résultats déplorables.

Sur un placenta gémellaire

M. Oui présente un placenta provenant d'une grossesse gémellaire. Au cours de la grossesse, les examens pratiqués au 7e et au 8e mois avaient fait soupçonner quelque chose d'anormal à cause de la différence de tension très marquée entre les deux côtés de l'utérus. Le travail fut extrêmement long et dut être terminé par une application de forceps. Une fille pesant 2.900 grammes fut extraite, bien portante et bien constituée. Quatre à cinq minutes après, un second œuf se présenta à la vulve, contenant une autre fille, macérée, pesant 850 grammes. Ce second enfant paraît donc avoir succombé au cours du 6e mois de la grossesse. De là l'impossibilité de constater un double foyer d'auscultation et, à cause de la macération, la présence des parties fœtales qui auraient seules permis de poser le diagnostic.

M. OUI croit que l'on peut trouver l'explication de la mort de l'un des fœtus dans la disposition du placenta. L'insertion du cordon du fœtus vivant est centrale et sa circulation a largement envahi lc placenta du second. L'insertion du cordon de ce dernier s'est faite en raquette, tout à fait sur le bord de la

masse placentaire et les vaisseaux n'occupent qu'une surface extrêmement réduite. De là, certainement, une nutrition insuffisante qui peut expliquer la mort de cet enfant.

Kystes du canal de Nück

M. Lambret présente deux kystes du canal de Nück, trouvés chez la même malade, au cours d'une intervention opératoire, pour hernie double, devenue irréductible, surtout du côté droit. Les fonctions intestinales se faisaient presque normalement ; après l'absorption de purgatifs, on constate que la partie inférieure de l'abdomen avait une forme bizarre, les deux tumeurs situées au niveau de chaque anneau inguinal produisaient une tuméfaction qui arrivait à peu près au niveau du sommet du mont de Vénus ; la palpation permettait de délimiter deux tumeurs liquides très tendues, descendant vers la grande lèvre, occupant le canal inguinal, dans lequel elles se perdaient par un pédicule manifeste.

Le diagnostic porté fut celui de hernies inguinales irréductibles et épiploïques, diagnostic fondé sur l'existence antérieure de hernies reconnues par la malade, sur le siège des tumeurs, leurs formes et leur pédiculisation très nette dans le canal inguinal. L'opération permit de découvrir qu'il s'agissait des deux côtés de kystes du canal de Nück accolés à un sac herniaire de petites dimensions ; du côté gauche, le kyste était suppuré ; du côté droit on a pu enlever le kyste sans l'ouvrir.

M. Lambret fait suivre son observation de plusieurs remarques intéressantes sur la bilatéralité des lésions, sur l'étude embryologique de ces lésions, sur la difficulté du diagnostic différentiel avec la hernie étranglée et le kyste du canal de Nück suppuré, sur l'extrême vascularisation de la paroi externe de ces poches, et sur la nature exacte de ces petites poches siégeant dans l'épaisseur de la grande lèvre.

P. V.

Variétés & Anecdotes

Hôpital Pasteur

Une dame, encore anonyme aujourd'hui, a donné, pour construire un Hôpital annexe de l'Institut de la rue Dutot, un vaste terrain s'étendant de cette rue à la rue de Vaugirard. Le terrain a été divisé en deux parties. En façade sur la rue Dutot, on a bâti *l'Institut de chimie biologique*, qui sera inauguré dans quelques semaines.

De l'autre côté, sur la rue de Vaugirard, M. le Dr Roux a fait construire l'hôpital rêvé par la généreuse bienfaitrice, hôpital destiné à recevoir les malades atteints de toutes les affections, et en particulier de la diphtérie, que l'on peut traiter par les sérums. Cet hôpital, conçu par M. le Dr Roux et par son collaborateur M. le Dr Martin, construit par le frère de ce dernier, l'architecte Florentin Martin, est une œuvre de savant plus encore que d'artiste, car, si coquets que soient les pavillons en pierre, brique et fer forgé, si légère que soit leur architecture, c'est surtout leur disposition, leur aménagement spécial, leur organisation que l'on admire.

Les premiers malades seront reçus dans cet hôpital dès avril 1900. Au 213 de la rue de Vaugirard, une façade à huit fenêtres, deux portes cochères latérales et une porte centrale pour l'entrée des malades. On lira dans quelques jours cette inscription que gravent en ce moment les ornemanistes : *Institut Pasteur : Hôpital.*

Derrière cette façade s'étend un bâtiment, qui précède l'hôpital proprement dit, dont il est absolument isolé. Ce bâtiment est réservé aux consultations, et, comme ce sont des contagieux qui viendront là, le régime de l'isolement est appliqué aux malades dès l'entrée ; ils ne font que traverser le vestibule qui se trouve derrière la porte et immédiatement ils sont enfermés dans une petite chambre d'isolement. Il y en a toute une série sur la gauche du rez-de-chaussée du bâtiment d'accès. Un par un, ils sont introduits dans les salles de consultation de médecine ou de chirurgie, qui sont situées dans le même pavillon. Une fois admis, ils traversent une grande cour qui isole les pavillons de traitement où ils vont trouver leur chambre. Ces pavillons parallèles, que sépare un jardin d'été, s'étendent perpendiculairement à la rue de Vaugirard vers l'Institut de chimie biologique de la rue Dutot. A leur extrémité, ils sont unis par un élégant jardin d'hiver réservé aux convalescents.

Les deux pavillons formant l'hôpital sont identiques. Ils peuvent recevoir de cent à cent vingt malades. Chaque pavillon a deux entrées bien distinctes et rigoureusement réservées : celle du médecin et des infirmières et celle des malades. A peine introduit, le malade se déshabille dans cette pièce tapissée de grès cérame jusqu'à la hauteur de deux mètres, et ses vêtements sont aussitôt emportés aux appareils de désinfection. On roule un lit auprès de lui, et, quand il y est installé, on le dirige par le monte-lit vers les chambres du premier étage où, de plain-pied, par le couloir central qui sépare les chambres du rez-de-chaussée, on le glisse jusqu'à celle de ces chambres qui lui a été préparée. Les chambres sont de deux sortes : chambres séparées pour un seul malade et réservées aux nouveaux venus, contagieux, et chambres communes à douze lits pour les convalescents. Autour de toutes ces chambres règnent des couloirs ou des balcons d'isolement et chacune a deux portes s'ouvrant, l'une sur le grand couloir central d'isolement, l'autre sur un des deux balcons qui courent autour du pavillon. L'aménagement de ces chambres est remarquable : parquetées et revêtues

de carreaux de faïence jusqu'à la hauteur d'un mètre et demi environ, elles sont vitrées à leur partie supérieure et la lumière, on le comprend, y abonde. Rien de saillant sur leurs parois si ce n'est un jeu de robinets, — eau froide, eau chaude, gaz —, une prise de courant électrique et une lampe électrique. Chaque chambre est munie, en outre, d'une bouche de chaleur, d'une bouche de ventilation, d'un imposte pour prendre en été l'air extérieur, d'une bonde pour l'écoulement des eaux après les lavages, car on lave à grande eau au lieu de balayer. L'ameublement consiste seulement en un lit de fer à sommier d'acier, en une table de nuit en métal émaillé, en une chaise ou un fauteuil vernis et que l'on peut laver facilement, enfin en une cuvette et une tablette en métal émaillé fixées au mur. La disposition, l'aménagement et l'ameublement de toutes les chambres au rez-de-chaussée et au premier étage sont identiques.

Au premier étage, surplomblant le perron d'accès du médecin et des infirmières, tout en fer et glaces, se trouve la salle d'opérations pour le tubage, la trachéotomie, les opérations d'urgence; elle est flanquée de deux salles annexes; l'une pour les examens rapides, l'autre pour la désinfection des instruments et appareils de chirurgie.

Le médecin de l'hôpital Pasteur, dont M. le docteur Roux est le directeur, est le docteur MARTIN. Mais ce dernier aura deux lieutenants, un par pavillon, internes logés dans chacun de ces pavillons, au second étage. Quant aux services de l'hôpital proprement dit, ils sont, comme le bâtiment des consultations et le logement des infirmières, absolument isolés des deux pavillons de traitement. Ils se trouvent réunis : lingerie, buanderie, garde-manger, cuisines, caves, etc., en un grand bâtiment situé à gauche dans les jardins qui entourent les pavillons.

(*Gazette médicale de Paris.*)

Courage peu banal

Ouessant, Molènes, Beniguet sont les principales îles d'un archipel situé à l'extrême pointe occidentale de la terre de France. C'est une zone célèbre de tempêtes et de naufrages, célèbre aussi par le dévouement intrépide d'une population toujours prête à voler au secours des navires que les traîtrises de l'Océan mettent en perdition sur les écueils dont fourmillent ces parages redoutés des navigateurs. Le trait suivant, qui s'est accompli il y a quelques jours, montre de quoi est capable, en des circonstances qui l'ordinaire ne comportent aucun héroïsme, le sentiment du devoir dont sont animés les exploits de braves gens que leurs sauveteurs signalèrent naguère à l'admiration du monde lors du naufrage du *Drummont-Castle*.

Une femme de l'île de Molènes est aux prises avec un enfantement difficile, impossible. Le salut de la mère et de l'enfant dépend de l'intervention opératoire indispensable d'un docteur, et il n'y en a point dans l'île. Que faire? On est en pleine nuit; dehors la mer est furieuse ; le vent souffle en tempête ; les lames déferlent avec un fracas terrible sur les récifs... Mais le canot de sauvetage *Amiral-Roussin* est là, avec son équipage. On arme le canot ; le patron s'installe à la barre ; les huit hommes sont à leurs avirons, avec, au milieu d'eux, la douloureuse parturiente, la sage-femme et deux amies. Et, au moment où le vent redouble de rage, à une heure du matin, tout ce monde s'enfonce dans la nuit noire et hurlante pour tâcher de joindre le Conquet, le port continental le plus voisin.

Après mille dangers, et milles secousses — et quelles secousses ! — le canot aborde heureusement au Conquet, vers trois heures et demie du matin, et l'on sonne à la porte du docteur. Résultat : la mère est délivrée, mais l'enfant est mort.

Décidément, non ! ils n'ont pas «froid aux yeux» les gars de l'archipel d'Ouessant. Mais, et leurs femmes, donc ?... Et les sages-femmes qui aident ces gars à venir au monde ? Molière dirait peut-être en la circonstance : «Ou diable l'héroïsme va-t-il se nicher ?» Hé pardieu ! dans toute âme vraiment française il a place pour faire son nid, et le sexe importe peu.

(*Journal d'accouchements*).

Statistique du corps médical français depuis 20 ans.

	1876	1886	1896
Docteurs en Médecine . .	10.743	11.995	12.407
Officiers de santé.	3.633	2.794	1.605
Pharmaciens	6.232	8.100	8 910
Sages-femmes	12.847	13.639	13.065

En réunissant officiers de santé et docteurs, on voit qu'en 1897 il y avait *officiellement* 14.012 praticiens civils en France, pour une population d'environ 37 millions d'habitants; or, il n'y avait alors que 13.065 sages-femmes, c'est-à-dire un mille en moins. En tenant compte de ce fait qu'un certain nombre de docteurs n'exercent pas, on peut donc dire qu'il y a dans notre pays autant de médecins que de sages-femmes. Les pharmaciens sont moins nombreux, d'un tiers environ ; mais, si l'on comptait les épiciers qui vendent des drogues, le chiffre monterait notablement.

Ces constatations rétrospectives, qui ne sont pas consolantes pour 1896, le sont encore moins de nos jours quand on songe qu'en 1899 c'est encore bien pis. Bientôt il y aura, en toutes choses, plus de vendeurs que d'acheteurs. En économie politique, cela s'appelle la... faillite à brève échéance (*Gaz. méd. de Paris*).

Les Médecins et le Duel en Allemagne

Le duel est toujours tenu obligatoirement dans l'armée allemande comme une véritable institution. Un incident tout récent en est une preuve nouvelle. Un médecin très connu, qui dirige à Triberg un établissement thermal, avait eu avec un de ses confrères une altercation. Provoqué par ce dernier, il avait refusé de se battre, alléguant ses principes religieux. Comme les deux médecins se trouvent être médecins majors de la réserve, l'autorité militaire a évoqué l'incident, bien qu'il ait eu lieu en dehors du service. Et le docteur qui avait refusé de se battre a reçu un ordre du cabinet de l'Empereur ainsi conçu : « Vous êtes révoqué de votre grade de médecin major de la réserve, parce que, malgré les invitations réitérées qui vous ont été faites, de demander, conformément à l'honneur, réparation d'une injure, vous vous êtes abstenu de provoquer votre adversaire. »

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

La **chaire de pharmacie** de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante par arrêté ministériel, en date du 26 mars 1900. A dater de ce jour, les candidats ont vingt jours pour produire leurs titres.

NOMINATIONS

Lyon. — M. le docteur COURMONT, agrégé des facultés, est nommé professeur d'hygiène ;

M. le docteur FRARIER, ancien interne des hôpitaux, est nommé, après concours, chef de clinique d'accouchements;

M. le docteur PAVIOT, professeur agrégé à la faculté, est nommé médecin des hôpitaux ;

Toulouse. — M. le professeur CAUBET, est élu doyen de la faculté de médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ont été nommés associés étrangers : MM. les docteurs METCHNIKOFF, de Paris ; ALBERT, de Vienne ; PATRICK-MANSON, de Liverpool ; VON BERGMANN, de Berlin.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. WICKHAM, de Paris ; BAILLIF et CHAUSSADE, du corps de santé des colonies, morts de la fièvre jaune, au Grand-Bassam; LÉTINOIS, médecin de 2e classe des colonies; DE LA CHATAIGNERAYE, FAISNEL et MOSEMANN, médecins sanitaires maritimes ; MATICE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; MARCHAL, de Metz (Lorraine) ; DUCHÉ, d'Ouanne (Yonne).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

13me SEMAINE, DU 25 MARS AU 31 MARS 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	5
3 mois à un an	7	7
1 an à 2 ans	3	6
2 à 5 ans	5	1
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	0	1
20 à 40 ans	3	4
40 à 60 ans	12	7
60 à 80 ans	22	8
80 ans et au-dessus	2	1
Total	61	41

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	»	»	2	»	2	7	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	3	11	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	1	»	»	»	»	»	5	9	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	5	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	10	15	30
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	2	»	»	1	»	»	»	9	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	3	»	3	1	»	»	»	4	1	»	»	»	»	8	12	12
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	10	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	2	»	1	3	2	»	»	1	1	»	»	»	»	»	5	8	22
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	3
Sud, 5,908 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	1	»	»	»	»	1	2	6
Total	1	»	»	»	»	2	3	6	17	6	»	»	9	12	4	»	2	3	»	37	102	110

N° 170. Quatrième Année. N° 15. Le Numéro : **10** centimes. 15 Avril 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Du nystagmus des mineurs

par le professeur **F. de Lapersonne**

MESSIEURS,

Voici une affection qui frappe tout spécialement une catégorie fort intéressante d'ouvriers de notre région du Nord et qui mérite d'être particulièrement connue par ceux d'entre vous qui auront à exercer dans un centre minier. Non seulement vous devrez pouvoir traiter les troubles de la vision qu'elle entraîne, mais vous serez encore appelés à juger des degrés d'incapacité de travail pour l'ouvrier qui en est atteint, et vous devrez alors tenir compte des exagérations, ce qui n'est pas toujours facile, comme nous le verrons.

Il n'y a guère que vingt-cinq ou trente ans que le nystagmus des mineurs, ou mieux des houilleurs, a été bien étudié. Je citerai tout d'abord WARLOMONT (de Bruxelles) et M. DRANSART (de Somain) qui, dans une série de communications, a décrit avec soin les signes de cette maladie et en a donné une explication pathogénique fort intéressante. Après lui M. ROMIÉE (de Liège) a observé plus de 900 cas et, s'il a confirmé un assez grand nombre de points de l'étude clinique de M. DRANSART, il a énergiquement combattu l'hypothèse pathogénique présentée par notre confrère. En Angleterre, MM. THOMPSON et SWELL on fait des observations, qui, jusqu'à un certain point, paraissent confirmer l'opinion de M. ROMIÉE. Jusqu'à ce jour quelques doutes me paraissent encore exister sur la pathogénie de cette affection, mais les nombreux cas que nous avons pu observer les uns et les autres, nous ont permis de bien étudier ses signes cliniques.

Le malade, qui s'est présenté dans ces derniers temps à notre observation, peut être considéré comme un type de nystagmus professionnel. C'est un mineur de quarante-cinq ans, employé aux mines de Lens, et qui travaille *au fond* depuis l'âge de treize ans. Il se plaint depuis quelques mois d'un trouble de la vue qu'il ne peut définir, et tout d'abord, dans la direction horizontale du regard, on n'observe rien d'anormal. Mais si on l'invite à fixer un point situé en haut et assez rapproché de ses yeux, on voit se produire des mouvements d'oscillation des deux globes oculaires. Ce sont ces mouvements rythmiques, involontaires, qui constituent le nystagmus (1). Le nystagmus sera oscillatoire, dans le sens horizontal, vertical ou oblique, lorsque l'œil exécutera des mouve-

(1) On fait dériver nystagmus de νεύω, branler de la tête ou clignoter des yeux ; si cette étymologie est bien exacte, le mot nystagmus ne répondrait pas tout-à-fait au symptôme qu'il doit désigner.

ments alternatifs de pendule, il sera rotatif lorsque l'œil tournera autour de son axe ; disons tout de suite que ces mouvements sont souvent associés et que presque tous les muscles extrinsèques de l'œil entrent en jeu pour les produire. Les oscillations sont plus ou moins rapides, on en a compté jusqu'à 150 et même 200 par minute. Si le malade regarde en bas tout disparaît. Chez celui-ci, cependant, il nous semble indispensable de noter que, si on lui fait faire un effort prolongé d'accommodation et par conséquent de convergence, si on lui fait regarder le doigt placé à dix ou quinze centimètres de distance sur la ligne médiane et dans le plan horizontal, on voit, au bout d'une minute ou deux, se produire un léger mouvement nystagmique. C'est, à mon avis, un bon signe de la forme invétérée, pour ne pas dire grave, de la maladie.

Les troubles fonctionnels qui résultent du nystagmus sont, cela va sans dire, variables suivant le degré de l'affection, nuls où à peu près lorsque les mouvements sont peu étendus et peu rapides, ne se reproduisant qu'au bout d'un certain temps, ils constituent une véritable infirmité temporaire chez des malades comme le nôtre.

A cet égard M. Dransart a admis deux formes de nystagmus : l'une, embryonnaire, très fréquente, dont les ouvriers ne se plaignent guère et qui, généralement, n'empêche pas le travail. Pour l'observer il faut aller, comme l'a fait M. Romiée, examiner les mineurs au moment de la descente des puits, ou au moment de la remonte, et c'est ainsi que cet auteur a pu observer plus de 900 cas de nystagmus. La seconde forme, ou nystagmus confirmé, est celle dans laquelle la gêne de la vision est assez accusée pour empêcher tout travail. Cette division est peut-être artificielle, elle a du moins le mérite d'expliquer les écarts considérables dans le degré de fréquence de la maladie, suivant la statistique de différents observateurs.

En réalité c'est la seconde forme, le nystagmus confirmé, que nous avons à examiner dans nos cliniques ;. à St-Sauveur, sur une moyenne de deux mille cinq cents à trois mille nouveaux malades par an, parmi lesquels une forte proportion de mineurs de Lens, Dourches, Bruay, des environs de Douai et de Valenciennes, ainsi que de la Belgique, nous n'observons pas plus de cinq à six cas de nystagmus confirmé par an.

La diminution de l'acuité visuelle, qu'on a signalée, me semble être une cause plutôt qu'un effet du nystagmus. Il en est de même de la diplopie, indiquant une faiblesse d'un des muscles extrinsèques et de l'affaiblissement de l'accommodation. En réalité, le signe fonctionnel capital, c'est le vertige ; par suite des mouvements incessants des yeux, tous les objets paraissent danser devant le malade ; aussi, pour éviter ce vertige, il renverse la tête et regarde en bas. Dans les galeries basses, le mineur étant obligé de baisser la tête, et, par conséquent, de regarder en haut, le vertige se reproduit. Tous les objets dansent, dit M. Dransart, la marche devient vacillante, difficile ; le patient se bute contre tous les obstacles, il est étourdi et avance tout-à-fait comme un homme ivre. Peut-être ce tableau est-il un peu poussé au noir, il n'en est pas moins vrai que le travail au fond devient impossible pour ces malades.

Quelle est la cause première de ces accidents ? La question de pathogénie est celle qui divise le plus les deux auteurs qui se sont le plus occupés de cette maladie. Je vais vous exposer sommairement les deux hypothèses, nous verrons ensuite s'il n'est pas possible de trouver un terrain d'entente entre les deux opinions extrêmes.

M. Dransart estime que le nystagmus est une névromyopathie due à la faiblesse des muscles élévateurs (droit supérieur et petit oblique), ainsi que du muscle droit interne. Il y aurait une véritable parésie de ces muscles qui ne peuvent plus soutenir l'effort, exigé par la position spéciale du regard que l'ouvrier prend pour travailler. Il se fait quelque chose d'analogue à ce qui se produit dans les cas de paralysie d'un des muscles de l'œil, c'est-à-dire une série de petites secousses qui tendent à ramener l'œil vers le point de fixation.

En effet le mineur, en particulier le *haveur* ou abatteur de charbon, travaille dans des galeries très étroites, n'ayant quelquefois que 60 ou 70 centimètres de hauteur. Il est accroupi, ou même entièrement couché sur le dos ou sur le ventre et son regard est fortement dirigé en haut et un peu en dedans vers le point qu'il veut frapper avec son outil. C'est cette position forcée qui est la cause principale du nystagmus. D'autres causes viennent aider celle-ci : la faiblesse de l'état général, la fatigue de l'accommodation, le mauvais éclairage. En somme, le nystagmus est une névromyopathie analogue à la crampe des écrivains, au lumbago des mineurs : il peut exister chez d'autres ouvriers. Snell l'a décrit chez les typographes qui

sont obligés de regarder à chaque instant la *copie* qu'ils placent assez haut au-dessus de leurs yeux.

M. Romiée a vivement combattu l'opinion de M. Dransart. S'appuyant sur ses observations et sur les enquêtes faites par des ingénieurs des mines, il conteste tout d'abord que les haveurs soient obligés de tenir constamment leurs yeux dirigés en haut. La durée du travail dans les petites galeries n'est pas considérable et, même lorsqu'ils travaillent dans ces galeries, les ouvriers ne jettent leurs regards en haut que pour placer le boisage qui doit protéger le toit. Pour abattre le charbon, au contraire, ils regardent *en-dessous* de l'horizontale. Pour M. Romiée, le nystagmus des mineurs est dû à la fatigue de l'accommodation. Cette fatigue entraîne au bout d'un certain temps de véritables spasmes cloniques des muscles de l'œil. Aussi l'observe-t-on plutôt chez les presbytes, chez les astigmates, chez tous ceux qui ont des troubles dus à des lésions des membranes ou des milieux de l'œil. Mais s'ils font des efforts d'accommodation, c'est surtout parce qu'ils voient mal, et s'ils voient mal, cela tient à un *défaut d'éclairage* des mines de charbon. L'insuffisance d'éclairage, telle est, pour M. Romiée, la cause capitale du nystagmus et de cela les preuves abondent.

Le nystagmus n'existe pas dans les mines métallurgiques ; c'est bien la maladie des houilleurs, et encore est-elle très rare dans les charbonnages du centre de la France, de Commentry, de Monceau les-Mines, en général dans les puits où les mineurs peuvent travailler avec la lampe *à feu nu*. C'est en Belgique et dans le Nord de la France, c'est en Angleterre qu'on l'observe le plus souvent, parce qu'en raison des dangers du grisou, on est obligé de se servir de lampes de sûreté. Or, le pouvoir éclairant de ces lampes est extrêmement faible, d'après les renseignements fournis par un ingénieur à M. Dransart.

Prenant comme type la bougie de l'Etoile on obtient les proportions suivantes :

Bougie de l'Étoile	100
Lampes à feu nu	100
Lampe Bothy à double ou simple tamis (la plupart des mines du Pas-de-Calais)	63 à 67
Lampe Muëseler (type réglementaire belge)	44
Lampes anglaises	45 à 50
Lampe Davy (rarement employée aujourd'hui)	20

Il faut, du reste, noter que le pouvoir éclairant est encore diminué au bout de quelques heures de travail par l'épaisse couche de poussière qui recouvre la lampe.

L'influence de l'éclairage n'est pas contestée par M. Dransart, mais il l'admet comme facteur secondaire du nystagmus.

En Angleterre les opinions sont aussi partagées. Dans une discussion qui a eu lieu, en 1892, à l'Association médicale britannique, MM. Court et Thompson ont soutenu que l'éclairage défectueux était la cause du nystagmus et des autres troubles oculaires chez les mineurs, tandis que MM. Cocking et Simeon Snell n'admettaient que l'influence de l'attitude forcée. M. Priestley Smith a admis les deux causes comme facteurs importants du nystagmus.

A la Société française d'ophtalmologie, M. Pechdo (de Decazeville) a soutenu que le nystagmus était produit par une véritable intoxication due au grisou. Mais il n'a pu expliquer par quel mécanisme ces gaz hydrocarburés agissaient spécialement sur la motilité de l'œil.

Je pense, quant à moi, qu'il faut attribuer le nystagmus des mineurs avant tout au défaut d'éclairage, nécessitant un effort d'accommodation plus considérable et rendant l'adaptation rétinienne difficile. Mais M. Romiée a peut-être tort, à mon avis, de nier l'influence de la position forcée du regard en haut et en dedans. Cette position *convergente*, qui n'est pas douteuse pour certaines catégories d'ouvriers mineurs, s'ajoute à l'effort d'accommodation pour produire le nystagmus. Elle explique bien comment les mouvements rythmiques se reproduisent surtout, presque exclusivement lorsque le sujet regarde en haut. En ce qui concerne l'essence même du nystagmus, il ne peut être question d'une parésie musculaire mais bien de mouvements choréiformes, d'un spasme clonique, comme l'a dit M. Romiée. La crampe des écrivains, à laquelle M. Dransart veut la comparer, est, elle aussi, un spasme professionnel.

Je n'insiste pas davantage sur cette discussion pathogénique ; il me paraît, en effet, très important de vous montrer quelles sont les causes adjuvantes qui vont rendre cette affection plus grave, et de vous indiquer comment d'une gêne peu considérable, banale parmi les ouvriers mineurs, le nystagmus professionnel va devenir, chez un petit nombre, une véritable maladie, arrêtant tout travail pendant de longs mois.

Ces causes sont, les unes locales, les autres générales.

M. ROMIÉE a bien montré l'influence des causes qui fatiguent l'accommodation. C'est avant tout l'hypermétropie et l'astigmatisme. Notre malade en est un bon exemple. Bien qu'employé au fond depuis l'âge de 13 ans, c'est à 40 ans seulement que les troubles nystagmiques ont été assez accusés pour l'empêcher de travailler. C'est que cet homme a un degré élevé d'hypermétropie avec astigmatisme ; V = 2/3 + 2.50 + 1 axe horizontal, des deux côtés. La presbytie arrivant, il ne peut plus faire l'effort d'accommodation nécessaire, le nystagmus confirmé se produit. Chez lui le degré est tel, comme je vous l'ai dit en commençant, que les mouvements cloniques ne se produisent pas seulement dans la fixation en haut ; tout effort pour regarder un objet rapproché, même au-dessous de l'horizontale, reproduit le nystagmus.

Dans le même ordre d'idées, j'ai observé cette affection chez les individus présentant des taches de la cornée, des cataractes polaires ou pyramidales, des lésions du fond de l'œil, choroïdites atrophiques et choriorétinites. M. ROMIÉE en a cité plusieurs exemples au début du glaucome et au cours de la rétinite pigmentaire. Toutes ces causes agissent en diminuant l'acuité visuelle et en sollicitant l'effort plus considérable de l'accommodation. Parmi les causes générales, je n'insisterai pas sur l'alcoolisme et les différentes diathèses, mais je dois une mention spéciale à cette maladie, connue sous le nom d'anémie des mineurs et due à l'ankylostome duodénal, dont M. VERDUN donnait récemment dans l'*Echo Médical* une excellente description.

Les recrudescences de l'affection se produisent aussi dans la convalescence des maladies infectieuses lorsque les ouvriers reprennent trop vite le travail. Il y a quelque temps, nous avons vu toute une série de mineurs se présenter à notre consultation avec des mouvements nystagmiques désordonnés et qui tous relevaient de l'influenza.

Je vous engage donc à toujours rechercher avec soin les causes adjuvantes, vous arriverez assez facilement à les reconnaître dans tous les cas, et, suivant qu'elles sont passagères ou définitives, vous pourrez vous prononcer sur le degré de curabilité du nystagmus et indiquer aux administrations si l'ouvrier peut ou ne peut pas reprendre son travail au fond.

La recherche de ces causes vous permettra, en même temps, d'instituer un traitement rationnel, car, en réalité, nous avons peu d'action sur le nystagmus lui-même. Le principal traitement prophylactique serait un meilleur mode d'éclairage des petites galeries, par des lampes électriques par exemple : malheureusement le système n'a pas pu se généraliser et la résistance vient des ouvriers eux-mêmes qui ne consentent pas à s'embarrasser d'une lourde batterie d'accumulateurs, dits portatifs, pour alimenter la lampe électrique. Nous croyons savoir, cependant, que des essais de lampes électriques plus légères sont continués dans différents points du Pas-de-Calais et que la Compagnie de Lens fait des essais de lampes à benzine, dont le pouvoir éclairant est très supérieur à celui des lampes à huile.

Lorsque le nystagmus est constitué, la première indication est de faire cesser le travail au fond, mais je ne saurais trop vous recommander de conseiller aux administrations minières d'employer ces ouvriers dans un travail au jour. Cette affection ne nécessite pas un repos absolu, et une inaction complète est plutôt nuisible pour les ouvriers.

Comme moyen curatif, M. ROMIÉE a conseillé l'ésérine, qui favorise la contraction du muscle accommodateur : l'application en est un peu douloureuse et on pourrait avec avantage la remplacer par la pilocarpine. La strychnine, en injections sous-cutanées ou par la voie stomacale, l'électrisation à courants continus seront très utiles. Mais surtout vous traiterez les affections locales ou les maladies générales qui donnent au nystagmus son caractère de gravité.

Plaie pénétrante de poitrine. Hémothorax. — Intervention. — Mort (1).

Par le docteur **Lambret.**

Le jeudi 22 mars, je trouvais à la visite du matin un blessé qu'on avait amené la veille dans le service de mon excellent maître le professeur FOLET, que je supplée en ce moment. On me raconta qu'il avait, par suite de l'éboulement d'un tas de nitrate sur lequel il était monté, été projeté avec une très grande force contre le timon d'un chariot et que ce timon lui était entré dans la poitrine. Le blessé, un solide gaillard de 19 ans, était demi-assis dans son lit, soutenu par des oreillers et paraissait non encore remis de son choc, la face très pâle, le regard anxieux, la respiration courte et pénible, le pouls rapide, les extrémités froides et comme couvertes d'une sueur visqueuse.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 23 mars 1900.

Je fis néanmoins défaire le volumineux pansement d'ouate qui enveloppait le malade, en coupant toutes les bandes de façon à ne pas être obligé de remuer le blessé. La plaie de poitrine apparut alors, transversale, parallèle aux côtes, large de huit à dix centimètres, et à bords nets comme si elle avait été faite par un instrument tranchant. Un sifflement puissant témoignait l'entrée et la sortie de l'air dans le thorax pendant l'inspiration et l'expiration, et cette traumatopnée avait une force suffisante pour souffler une bougie que je tenais à trente centimètres de distance pour explorer les profondeurs de la cavité. Le timon avait porté suivant une direction oblique de bas en haut; il avait fracassé les 8e, 7e, 6e, 5e côtes et ouvert la plèvre entre la 5e et la 4e côtes, celle-ci elle-même était fracturée, mais non esquilleuse. Il n'en était pas de même des autres. Si on introduisait dans la plaie le doigt recourbé en crochet et dirigé en bas, on sentait en effet un certain nombre d'esquilles aiguës et longues qui faisaient saillie dans la cavité thoracique. Ces esquilles avaient dû blesser le poumon, car le blessé avait craché du sang pendant les premières heures qui suivirent l'accident Outre les esquilles, l'exploration digitale de la poitrine permettait de constater qu'elle était remplie d'un liquide qui ne pouvait être que du sang ; le moindre mouvement imprimé à la paroi thoracique produisait un bruit de clapotement, les 2/3 inférieurs de la poitrine étaient mats; si on inclinait le malade très légèrement, immédiatement s'écoulait en abondance un sang rouge vif et liquide. Je pris deux longues mèches de gaze iodoformée et, les introduisant avec précaution dans la vaste plaie, je les retirai complètement imbibées de sang. La quantité de sang contenue dans la poitrine, la souillure du pansement, indiquaient une hémorrhagie considérable. A en juger par l'arrêt de l'hémoptysie, le sang ne venait pas du poumon; mais vraisemblablement de la paroi et sans doute d'une intercostale, et cette intercostale devait continuer à donner parce qu'une artère de ce calibre pour fournir une telle quantité de sang, doit mettre un temps relativement long ; il n'y avait en outre aucun caillot. Les moyens ordinaires d'exploration et de découverte de l'hémorrhagie d'une intercostale ne pouvaient être utilisés, car il est nécessaire, pour employer le procédé de la carte de visite par exemple, que la plaie extérieure soit en regard de l'artère sectionnée ; et ce n'était pas le cas, si on veut bien se rappeler que la plaie était située plus haut que les côtes fracassées. La cavité pleurale pleine de sang pouvait donc être comparée à une bouteille débouchée et plantée debout, et le sang contenu s'écoulait quand on l'inclinait ou quand il y avait trop plein.

Au reste, à en juger par l'état général, l'homme était en danger de mort et à brève échéance; le choc y était pour beaucoup, mais l'hémorrhagie n'y était-elle pour rien ? Quand un vaisseau saigne il faut le lier, et c'est le parti auquel je m'arrêtai. Je fis transporter le malade à la salle d'opération, sur son matelas, de façon à lui éviter le moindre mouvement. Après désinfection de la peau, je traçai un lambeau en U renversé dont la branche transversale m'était fournie par la plaie traumatique, et je sectionnai d'un seul coup en arrière, les côtes et les espaces intercostaux jusqu'à la neuvième côte exclusivement, pinçant les intercostales au fur et à mesure, et certain de cette façon d'arrêter l'hémorrhagie se faisant en un point antérieur de l'artère.

La même section faite en avant d'un seul coup également, me permit de rabattre un large volet, d'enlever les esquilles longues et pointues qui hérissaient la face interne, et d'explorer la poitrine et son contenu ; on apercevait alors le poumon rétracté sur son hile, agité de mouvements désordonnés, et le cœur qui battait tumultueusement. Le poumon avait été blessé par une esquille, mais la plaie ne saignait plus; le sang de l'hémothorax s'était écoulé par l'incision postérieure déclive, l'hémostase paraissait complète. Je mis un drain et refermai rapidement la plaie en suturant d'un seul coup les muscles et la peau. L'intervention n'avait duré que quelques minutes, mais, malgré tous les stimulants, le blessé rendait le dernier soupir quelque temps après.

Il y a des malades auxquels on ne devrait évidemment pas toucher, ils sont au-dessus des ressources de l'art et voués à la mort quoi qu'on fasse. Celui dont je viens de rapporter l'observation était certainement de ceux-là. Et sa gêne respiratoire était d'autant plus considérable que l'autre poumon devait respirer assez mal à cause d'adhérences pleurales anciennes et étendues sur toute sa surface et aussi à cause de la présence dans ses culs-de-sac pleuraux inférieurs d'une assez grande quantité de sang; ces découvertes ont été faites à l'autopsie et l'hémorrhagie qui s'était produite dans la plèvre droite devait tenir à la rupture d'une adhérence. Il y avait en outre dans le péricarde un peu de liquide sanguinolent. Malgré cet insuccès, je reste convaincu de la nécessité de l'intervention dans les cas analogues. Des mémoires récents et signés de maîtres nous disent qu'en présence d'une plaie pénétrante de poitrine, même suivie d'hémorrhagie *provenant d'un vaisseau du poumon*, il faut condamner le blessé à une immobilité absolue et même le laisser là où il est tombé. Cette méthode doit être suivie dans la plupart des cas : le poumon qui saigne se rétracte sur son hile et le calibre de l'artère se trouve ainsi considérablement rétréci, le sang qui s'accumule dans la plèvre contribue bientôt à venir l'obturer. Parfois même cette accumulation du sang peut être très considérable, si bien que dans certains cas le blessé est en danger de mort, soit par hémorrhagie, soit par asphyxie, soit par les deux.

Dans ces circonstances, on se trouve bien en face d'une plaie

pénétrante de poitrine, mais cette plaie est très peu importante en elle-même et on peut considérer l'épanchement comme un hémothorax fermé. Dans les cas pareils au nôtre, non seulement ce n'est pas une artère du poumon qui saigne et, par conséquent, la rétraction de celui-ci est sans action sur l'hémorrhagie, mais l'hémothorax est ouvert et très largement, et le sang n'est pas capable de s'accumuler dans la plèvre avec la moindre tension parce qu'aussitôt qu'il vient affleurer à la plaie, il s'écoule au dehors. Notre devoir est donc d'empêcher les malades de perdre leur sang jusqu'à la dernière goutte. Au reste cette thérapeutique qui consiste à immobiliser le blessé, malgré qu'on la prône actuellement, n'est peut-être pas définitive. On commence à reconnaître qu'elle n'est pas applicable dans des cas de plus en plus nombreux. MICHAUX, QUÉNU, par exemple ont arrêté des hémorrhagies pulmonaires par une intervention large et rapide sur le thorax et ont ainsi évité à leurs malades une mort certaine. Les gros hémothorax sont excessivement graves et tuent dans plus de la moitié des cas, et cette considération est suffisante pour nous pousser à l'intervention si nous constatons d'une façon formelle que l'hémorrhagie n'a aucune tendance à s'arrêter. Cette conduite, d'ailleurs, est bien conforme aux principes de la chirurgie actuelle, qui tend aujourd'hui, chaque fois qu'un vaisseau saigne dans une région quelconque, à aller à sa recherche et à obtenir l'hémostase directe (TERRIER).

Râles crépitants entendus à distance

par le docteur **Ingelrans** et **L. Camus**, externe

L'un de nous a relaté plus haut (page 140) l'histoire d'une pneumonique chez laquelle le souffle tubaire et les râles crépitants étaient perçus à distance. Nous renvoyons à l'observation pour les détails. Le mécanisme de cette transmission, nous le répétons, paraît assez obcur : le peu d'épaisseur de la paroi thoracique jouerait, a-t-il été dit, le principal rôle dans la production de ce phénomène. En y regardant d'un peu près, on s'aperçoit que cette explication n'est pas admissible : nous revenons donc sur ce point pour essayer de l'éclaircir.

Il ne semble pas que la plus ou moins grande épaisseur de la paroi soit suffisante pour diminuer ou augmenter *sensiblement* l'intensité des bruits intrathoraciques. Les solides sont très bons conducteurs du son. On nous dira que la paroi du thorax n'est pas homogène, et nous savons bien que c'est là une condition défavorable à la transmission ; aussi disons-nous simplement que l'intensité n'est pas *sensiblement* diminuée. Il va de soi que s'il s'agit d'un bruit normalement assez faible, comme le murmure vésiculaire, on l'entendra moins aux régions de la poitrine recouvertes d'épaisses couches de tissu, par exemple au niveau des omoplates. Mais avec un bruit assez fort, il importe peu que la paroi soit épaisse : le son la traversera bien et on pourra y ajouter toute la longueur d'un stéthoscope *plein* sans entraver le passage des vibrations sonores. Le stéthoscope *plein*, qui n'a qu'un seul avantage, celui de localiser les bruits, n'a au moins pas l'inconvénient de les affaiblir.

D'ailleurs les pneumoniques très musclés n'ont-ils pas, comme les autres, une augmentation notable des vibrations du thorax à la palpation ? en cherchant le frémissement vocal, c'est le son lui-même que l'on palpe et il fait vibrer sans peine le thorax entier. Par contre, ce qui ne vibre pas d'ordinaire, c'est l'air environnant : l'air n'est pas un bon conducteur du son. Pour qu'il entre en jeu à son tour, il faut une forte intensité des bruits : c'est tout bonnement là que nous en venons. Chez la femme en question ici, on entendait le souffle et les râles à distance parce qu'ils étaient très forts. L'observation porte en effet : « Augmentation des vibrations thoraciques. On entend un souffle intense, avec bronchophonie éclatante et des râles nombreux d'un éclat tout particulier ». Souffle intense, râles nombreux et éclatants, c'est dans ces caractères bien plus que dans la minceur du thorax qu'il faut chercher la raison de la transmission à distance. Avec une paroi plus épaisse, il en eût été sans doute quasi de même.

De tels faits sont rares (mis à part ce qui a trait aux frottements et aux ronchus). GERHARDT cite une malade atteinte de dilatation bronchique, chez laquelle on percevait, à l'autre extrémité de la chambre, des râles humides. On conçoit que l'abondance des râles soit pour beaucoup dans l'intensité du son total produit : de même leur superficialité.

La résonnance n'a rien à voir dans l'explication du présent phénomène. Les premières voies respiratoires, PIORRY l'avait vu, peuvent renforcer par résonnance les râles nés dans la profondeur. « Souvent, dit EICHHORST, chez les phtisiques, et même chez les individus atteints de pneumonie ou de bronchite capillaire, on perçoit à quelque distance de la bouche du malade des râles qui donnent l'impression d'être nés directement dans la cavité buccale : ils viennent de la profondeur ». Les parties supérieures de l'appareil respi-

ratoire jouent alors le rôle de la cavité du stéthoscope *creux*, cavité de résonnance, qui fait que le stéthoscope *creux* joint à l'avantage qu'il a de localiser les bruits celui de les renforcer.

Mais il n'y a pas de résonnance à faire intervenir chez notre malade : les bruits s'entendaient derrière elle et pas du tout en avant. Leur intensité rend compte de leur transmission lointaine. Cette conclusion naturelle voulait être démontrée.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Dieulafoy. La pleurésie purulente est une complication assez fréquente de l'appendicite.

— M. de Lapersonne communique un procédé d'éviscération ignée de l'œil, dans les cas de panophtalmie.

Société de Chirurgie. — Discussion sur la valeur réciproque de la néphrotomie et de la néphrectomie dans la tuberculose rénale.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Béclère préconise la ponction capillaire dans le traitement du pneumothorax à soupape.

Société de Biologie. — M. Arloing. Les cultures du bacille de Koch s'atténuent très vite, sous l'influence de l'oxygène sous pression.

— D'après Nageotte, la lésion primitive du tabes serait une névrite radiculaire interstitielle, transverse.

Académie des sciences. — M. Gallard. La peau humaine permet l'absorption de doses relativement considérables d'iodure.

Analyses de Mémoires français & étrangers

Diagnostic des maladies de la moelle. Siège des lésions, par le professeur Grasset. Un vol. in-16 carré, 96 pages, chez Baillière. Collection des *Actualités médicales*. 1899.

Étant donné un malade chez lequel on a reconnu une maladie de la moelle, comment peut-on cliniquement déterminer le siège précis de l'altération médullaire ? Cet ouvrage du professeur Grasset est une réponse à cette question : il constitue, comme il le dit en commençant, une géographie clinique de la moelle. Dans un premier chapitre, on étudie la séméiologie des systèmes de la moelle, c'est-à-dire les signes auxquels on reconnaît le siège de l'altération médullaire dans tel ou tel système (cornes, cordons, etc.) Le second chapitre est consacré au diagnostic du siège des lésions en hauteur. L'étude de l'anatomie clinique fera l'objet d'un prochain volume.

1. Diagnostic du système lésé. — Il y a lieu de passer en revue huit syndromes :

1° Syndrome des cordons postérieurs : troubles sensitifs et ataxie.

2° Syndrome des cordons antéro-latéraux : état paréto-spasmodique, contractures et tremblement intentionnel.

3° Syndrome associé des cordons postérieurs et latéraux : état ataxospasmodique.

4° Syndrome des cornes antérieures : amyotrophie.

5° Syndrome associé des cordons latéraux et des cornes antérieures : amyotrophie spastique.

6° Syndrome de la substance grise centro-postérieure : dissociation syringomyélique et troubles vaso-moteurs.

7° Syndrome associé des cornes antérieures et de la substance grise centro-postérieure : amyotrophie et dissociation syringomyélique.

8° Syndrome d'une moitié latérale de la moelle : hémiparaplégie croisée.

1. Le premier groupe est constitué par l'ataxie locomotrice progressive. La lésion du tabes, au début, est localisée dans la bandelette externe de Charcot et Pierret ; puis, elle comprend la zone d'entrée des racines postérieures de Philippe, c'est-à-dire la zone de Lissauer et la zone cornu-radiculaire de Marie ; enfin, le cordon de Goll. La lésion des racines postérieures est très fréquente ; dans le ganglion, l'intégrité des cellules serait la règle. Le tabes est une lésion du protoneurone sensitif dans sa partie intramédullaire. Le tabes spasmodique serait de la même manière, dans le faisceau pyramidal, la maladie de la portion intramédullaire des prolongements cylindraxiles du protoneurone moteur cortical. L'un et l'autre sont la maladie des prolongements intramédullaires d'un neurone extra-médullaire.

Cette conception, exprimée dans les termes que nous venons de dire par M. Grasset, nous paraît fort schématique. Elle a le mérite d'être claire et peut-être est-elle à sa place dans un livre d'enseignement. En tous cas, si on peut l'accepter d'une certaine façon, nous ne pouvons en dire autant des lignes qui suivent. En effet, l'auteur cherche à superposer les symptômes du tabes aux lésions. « Voici, dit-il, les signes qui sont nettement d'origine médullaire : douleurs fulgurantes, anesthésies, fourmillements dans le domaine du cubital, incoordination, troubles trophiques, mal perforant, etc. » Il est difficile d'accepter cette manière de voir. Il y a des tabétiques qui n'ont que peu ou point de douleurs fulgurantes, malgré la sclérose totale des cordons

postérieurs, constatée à l'autopsie. Combien d'autres ne deviennent jamais incoordonnés ! A coup sûr la lésion de la moelle est énorme dans le tabes : néanmoins, elle n'explique pas tout, tant s'en faut. L'état du tabétique n'est pas calqué sur celui de sa moelle, et vouloir adapter les symptômes à l'état anatomo-pathologique des cordons postérieurs, c'est tenter une œuvre bien difficile ; nous savons toute l'autorité et toute la science clinique du professeur Grasset et nous sommes convaincu que c'est le cadre de l'ouvrage qui l'a engagé à montrer le tabes à ses lecteurs à ce point de vue : il doit reconnaître lui-même que le tabes se plie mal à une pareille limitation. Mais on n'ignore pas que pour exposer un diagnostic différentiel, on est toujours forcé de modifier un peu la clinique et que ce qui est un mal en pratique peut être un bien en matière didactique. Ce n'est ici qu'une remarque faite en passant : *ubi plura nitent, non ego paucis offendar maculis.*

Dans une série de maladies, les cordons postérieurs sont atteints : paralysie générale, sclérose en plaques, maladie de Friedreich, syringomyélie, méningite spinale. Dans la sclérose en plaques, les cordons postérieurs peuvent présenter des lésions ; alors des troubles sensitifs apparaissent et rendent le diagnostic difficile.

Comment reconnaître l'origine médullaire du syndrome constitué par les troubles sensitifs et l'ataxie ? Les lésions de l'écorce cérébrale peuvent entraîner des modifications de la sensibilité et une ataxie liée à la perte du sens musculaire. Mais le syndrome est alors hémiplégique, accompagné de signes cérébraux, sans troubles des sphincters, ni abolition des réflexes.

On distinguera de même les lésions des corps opto-striés et de la capsule interne. En ce qui concerne le cervelet, la démarche est ébrieuse ; il y a des vomissements, de la céphalée, etc.

Les lésions périphériques n'entraînent pas d'ataxie avec Romberg et pas de troubles sphinctériens. L'hystérie est plus difficile à distinguer.

2. *Syndrome des cordons antéro-latéraux* : il y a lieu de placer ici la contracture tardive des hémiplégiques, le tabes spasmodique et la maladie de Little.

M. Grasset croit que le tabes spasmodique existe chez l'adulte avec la sclérose latérale comme substratum. Voici qu'il nous est prouvé que ce n'est pas un mythe. D'ailleurs l'année même où Raymond disait que la théorie latérale du tabes spasmodique « a fait un naufrage complet » Lorrain soutenait, sous sa présidence, une thèse qui prouve qu'on peut y repêcher quelques solides épaves.

M. Grasset croit qu'il faut maintenir que les contractures permanentes et l'état parétospasmodique d'origine médullaire sont en rapport constant avec la lésion de la partie spinale du faisceau pyramidal. Mais la physiologie pathologique en demeure obscure. On sait que Grasset, pour résoudre le problème, place dans la protubérance le centre régulateur du tonus.

3. Il faut réserver le nom de tabes combiné au seul syndrome anatomo-clinique complexe formé de la superposition du tabes ataxique et du tabes spasmodique.

4. Dans le *syndrome des cornes antérieures*, on place : l'atrophie musculaire progressive, la paralysie infantile, la paralysie spinale aiguë de l'adulte.

5. Dans la cinquième division, on trouve la sclérose latérale amyotrophique.

6. La syringomyélie est un état anatomique cavitaire de la substance grise. Cet état s'accompagne généralement de la dissociation dite syringomyélique. Mais ce symptôme peut faire défaut, et réciproquement, il peut exister sans syringomyélie (panaris de Morvan, hystérie, lèpre, compression de la moelle ou des nerfs, hématomyélie, sclérose en plaques, etc.). Les beaux jours sont passés ; la dissociation n'appartient plus en propre à une seule maladie. Quand elle répond à une lésion médullaire, elle répond à une altération des cornes postérieures. La dissociation syringomyélique n'est pas exactement le syndrome des cornes postérieures, mais plutôt celui du deuxième neurone sensitif, dont les corps cellulaires sont dans les cornes postérieures et les cylindraxes dans le faisceau de Gowers du côté opposé.

Les troubles vaso-moteurs et sudoraux d'origine médullaire dépendent de la substance grise postérieure et centrale.

7. Le septième groupe renferme les syringomyélies avec amyotrophies et les amyotrophies avec troubles vaso-moteurs.

8. *Hémiparaplégie avec anesthésie croisée ou syndrome de* Brown-Séquard. Une maladie médullaire quelconque le réalise à condition de frapper une moitié de la moelle plus que l'autre. La physiologie pathologique en est bien difficile : Brown-Séquard lui-même, à la fin de sa vie, a abandonné sa théorie.

M. Grasset admet l'entrecroisement intra-médullaire des conducteurs sensitifs chez l'homme. Les choses se passeraient chez lui autrement que chez les animaux.

II. Diagnostic en hauteur du siège des lésions médullaires. — Quand la lésion atteint une tranche entière de moelle, la paralysie et l'anesthésie portent sur tout le domaine au-dessous ; mais si la lésion est partielle, les troubles peuvent ne porter que sur la région dont l'innervation dépend de la zone détruite.

Les réflexes ne sont pas toujours exagérés ou même conservés au-dessous de la lésion.

1. *Cône terminal* : Troubles de la miction et de la défécation, absence d'érections, anesthésie du pénis, de l'urèthre, du scrotum, du périnée, de l'anus, du coccyx et du sacrum.

2. *Moelle sacrée* : Pied plat valgus et varus, impossibi-

lité de fléchir le pied en adduction ou en abduction, pied pendant, steppage, impossibité d'étendre le pied, de fléchir les orteils, la jambe, abduction de la cuisse impossible. Anesthésie du dessus du pied et de la partie externe de la jambe, etc. Dans la moelle sacrée sont les centres des réflexes plantaires et du tendon d'Achille.

Le diagnostic différentiel du syndrome de la moelle sacrée doit le distinguer de celui de la queue de cheval. Il est possible dans certains cas, et M. GRASSET en donne les moyens.

3. *Moelle lombaire :* Paraplégie avec anesthésie jusqu'au ventre, troubles sphinctériens et escarre, amyotrophie localisée ; trépidation épileptoïde, abolition des réflexes rotulien et crémastérien.

4. *Moelle dorsale :* Etude des zonas du tronc.

5. *Moelle brachiale :* Etude du centre cilio-spinal et des paralysies radiculaires du plexus brachial.

6. *Moelle cervicale :* Torticolis douloureux, douleurs à la nuque et à l'occiput, le long du phrénique. Convulsions ou paralysie des muscles rotateurs, fléchisseurs ou extenseurs de la tête ; paralysie du diaphragme. Absence de symptômes bulbaires.

Le diagnostic physiologique ou diagnostic du siège de la lésion est absolument capital et de première nécessité pour tous les médecins d'aujourd'hui, dit l'auteur. On s'en convaincra à la lecture de son livre, petit il est vrai, mais contenant néanmoins une rare abondance de renseignements et de faits. I.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Académicien avant d'être reçu Docteur. Docteur-Médecin à 17 ans

Le cas est peu ordinaire, il faut en convenir, et a été signalé par SACHAILLE, en 1845 (1). Il s'agit d'un Poitevin, le chirurgien célèbre AMUSSAT (Jean-Zulima), né à Saint-Maixent (Deux-Sèvres), en 1795, qui « fut admis, presque acclamé, au nombre des *membres titulaires* de l'Académie de Médecine, en 1824, avant même d'avoir acquis le diplôme de docteur» (2), pour son mémoire intitulé : *Recherches sur l'appareil biliaire,* tendant à démontrer le mécanisme du reflux de la bile dans la vésicule du fiel.

« A l'appui de ses expériences, M. AMUSSAT présentait à l'Académie une préparation anatomique dont l'importance, s'ajoutant à celle de sa communication, attira sur lui et sur ses premiers travaux un éclatant témoignage d'intérêt et d'estime » (LARREY) (*loc. cit.*). AMUSSAT fut reçu docteur en 1826, avec une thèse *sur l'anatomie des hernies.*

(1) SACHAILLE (de la barre E.). *Les médecins de Paris jugés par leurs œuvres, ou statistique scientifique et morale des médecins de Paris.* Paris, 1845, in-8°, p. 43.

(2) LARREY. *Eloge d'*AMUSSAT *à l'Académie de Médecine,* 1856.

C'est probablement la seule fois que le calcul.... biliaire ait ouvert les portes de l'Institut à un étudiant.

Un autre cas, peu banal non plus, est celui du Messin MARCHANT (Nicolas Damas) qui, s'il ne franchit pas d'un bond tous les grades de sa profession, fut d'une précocité remarquable. Né le 11 décembre 1767, fils de médecin, « il faut qu'il ait fait des pas de géant dans les études médicales pour avoir été jugé digne de recevoir, à l'âge de *dix-sept* ans, le grade de docteur en l'Université de Nancy», dit RENAULDIN (1), d'après son biographe, le Dr BEGIN (2). En 1788, MARCHANT entrait dans les hôpitaux militaires, faisait la campagne de 1792 et obtenait en 1793 la place de médecin des hôpitaux de Metz, à 26 ans à peine. Plus tard il s'est consacré à l'administration de sa ville natale, qui lui érigea un monument et donna le nom de MARCHANT à l'une des rues, et à la Numismatique, dont il a étudié une branche dans un ouvrage qui le place au premier rang des *médecins numismates français*, à côté des Drs PETIT (Pierre), CHIFFLET, GENÉBRIER, LE POIS, MAHUDEL, Charles PATIN, RAINSSANT, SAVOT, SPON, PITTON DE TOURNEFORT, VAILLANT, ses devanciers dans cette Science. Le Dr MARCHANT est mort en 1883.

(*Gazette Médicale de Paris*). L. PICARD.

L'ascite de Jean-Pierre.

Jean-Pierre, issu d'une famille de braves vignerons, fut un vigoureux gars dans son jeune âge. Marie-Jeanne, la voisine, consentit volontiers à partager sa couche. La dot de Marie-Jeanne (de beaux champs avoisinant ceux de Jean-Pierre et depuis longtemps l'objet de sa convoitise) avait arrondi son domaine et sûrement était la cause première du coup de foudre qui détermina l'offre de son cœur. Depuis, la ferme devint prospère et tout semblâit lui réussir.

Pourtant Jean-Pierre avait un défaut : il aimait un peu trop la ribote. Le dimanche ou bien les jours de foire, après la vente d'une belle vache sortie de ses plantureuses étables, il regagnait souvent son logis en titubant. Pas un marché ne se concluait sans qu'une rangée de bouteilles vides ne vînt garnir la table du cabaret ou même joncher le sol. Chez lui il faisait journellement honneur au produit de sa vigne.

Tout cela avait glissé sur cette rude écorce jusqu'à 70 ans ; mais tout à coup les forces diminuèrent, l'amaigrissement survint, un teint terreux s'installa et son ventre prit des proportions tout à fait exagérées. La cirrhose demeurait victorieuse de cette belle constitution.

Jean-Pierre, inquiet, fait mander un médecin pour la première fois de sa vie ; il tient à savoir ce qu'il a d'anormal dans son ventre.— C'est de l'eau, mon ami.— De l'eau ! vous dites de

(1) RENAULDIN. *Etudes historiques et critiques sur les médecins numismates.* Paris, 1851, p. 554.

(2) *Biographie de la Moselle,* par le Dr BÉGIN. Metz, 1829-1832, T. III, p. 145.

l'eau !! s'écrie Jean-Pierre incrédule, mais je n'ai jamais bu d'eau. C'est bon pour les bestiaux et les grenouilles.

Il fit venir un autre médecin, puis encore un autre, et toujours la même réponse.

— Quels ânes, ces médecins !!!

Cependant Jean-Pierre a une arrière-pensée; il vient de se souvenir qu'une fois, il y a peut-être bien quarante ans, étant à la ville voisine, il but tout un jour de ces gros vins qui, au lieu d'éteindre la soif, l'allument, et le soir il n'avait pu résister à l'envie de boire une lampée d'eau claire à une borne fontaine.— Ce doit être cette coquine d'eau qui me sera restée sur l'estomac : elle ne pouvait moins faire que de me jouer un mauvais tour un jour ou l'autre.

Finalement, le ventre grossissant toujours, la ponction proposée fut acceptée.

Jean-Pierre voit couler un liquide de couleur quelque peu citrine : — Mais ce n'est pas de l'eau, dit-il : ce doit être le vin blanc que je buvais le dimanche au cabaret du père Durand !

Et ce fut pour le vieux vigneron une consolation de penser qu'il ne mourrait pas d'une indigestion d'eau. (*Lyon méd.*)

Examinez vos malades

M. Brouardel, dans le nouveau livre de médecine légale qu'il vient de publier, raconte l'histoire suivante qui montre le danger des déclarations faites sans examen préalable. Avec les femmes surtout, il faut être pénétré de la devise de Thomas : il faut toucher pour croire.

Un jeune médecin, tout nouvellement promu, voit entrer dans son cabinet une dame présentant tout l'aspect extérieur d'une personne sur le point d'accoucher. Cette dame lui demande si elle peut compter sur lui pour l'assister dans cette épreuve prochaine.

Enchanté de l'aubaine, le jeune praticien n'examine pas sa future cliente et accepte avec empressement.

Quelques jours après, il est appelé auprès de la dame qui vient d'être prise, dit-on, des douleurs de l'enfantement. Malgré toute sa hâte à se rendre à cet appel, il trouve à son arrivée l'enfant déjà emmailloté et une femme qui lui dit : — «Docteur, vous arrivez un peu tard, mais si vous le voulez bien, vous nous rendrez un grand service en allant déclarer la naissance à la mairie.»

Le médecin, sans examiner ni la mère, ni l'enfant, va faire sa déclaration de naissance, puis ne s'occupe plus de rien.

Quelques mois après, il était impliqué à son grand étonnement, dans une affaire de chantage et de substitution d'enfant et poursuivi comme complice. La dame avait acheté le nourrisson à une nouvelle accouchée et elle avait commis ce délit pour amener un vieillard avec lequel elle vivait depuis longtemps à la prendre comme femme légitime.

M. Brouardel put heureusement intervenir auprès du procureur de la République et le jeune médecin ne fut pas inquiété. (*Méd. mod.*)

Injures graves

A propos de divorce, M. Brouardel rapporte le fait suivant bien curieux à divers points de vue :

Les *injures graves* sont constituées par des expressions injurieuses adressées à l'un des conjoints par l'autre ou par certains faits. La valeur d'une injure est toute morale et d'une appréciation fort délicate ; aussi, dans certaines circonstances, les magistrats ont-ils considéré comme une injure grave des faits, qui en apparence, ne méritaient pas une appellation aussi rigoureuse.

Il y a quelques années, le compte de X... se marie et part aussitôt en voyage de noce avec sa femme. Pendant le trajet, entre l'hôtel et la gare, la jeune femme adresse à plusieurs reprises la parole à son mari qui ne lui répond rien et qui, au moment d'arriver à la gare, lui dit simplement qu'à partir de ce moment il lui interdisait de lui adresser la parole la première et qu'elle devait se contenter simplement de répondre à ses questions.

La jeune femme fut profondément blessée par cette injonction, et, pendant que son mari allait prendre les billets, elle se fit immédiatement reconduire dans sa famille. Les magistrats admirent que le fait d'interdire à sa femme de lui parler et que le refus de répondre aux questions posées, constituait, de la part du mari, une injure grave et prononcèrent le divorce au profit de la femme. Le mariage n'ayant pas été consommé, celle-ci put même faire casser le mariage religieux.

Je vous cite ce cas, ajoute M. Brouardel, mais il est exceptionnel : la gravité de l'injure provient surtout des circonstances et vous pouvez être assurés qui si le même fait que je viens de vous citer s'était produit après quelques années ou même quelques mois de mariage, le tribunal se serait montré plus tolérant.

(*Gazette Médicale de Liège.*)

Physiognomonie

Le *Journal* nous donne les renseignements suivants sur la physiognomonie de la poitrine :

J. B. PORTA prétend que ceux qui ont la poitrine grande, sont mâles et courageux. ARISTOTE donne à l'homme fort une poitrine ample. Suivant POLÉMON et ADAMANTIUS, la poitrine grêle et débile dénote un cœur pusillanime, mais CONCILIATOR, d'après AVICENNE, la regarde comme indiquant une nature froide. On lit dans POLÉMON et ADAMANTIUS que la poitrine bien charnue comporte timidité et grossièreté ; CONCILIATOR dit que c'est un signe d'ingratitude, mais J.-B. PORTA ne sait pas où il a pris ça... Suivant ALBERT, la poitrine couverte de beaucoup de chair est l'apanage d'un esprit indocile et lâche et la poitrine médiocre plaît à ARISTOTE qui conseille d'en faire beaucoup de cas (*sic*). POLÉMON veut que la poitrine velue indique les bons conseillers et PORTA ajoute que ceux « possédant un tempérament chaud et humide, ont beaucoup de poils

sur la poitrine ». Quant à la poitrine rougeâtre, ADAMANTIUS tient à ce qu'elle indique « un cœur bouillonnant de colère ». ARISTOTE et ALBERT disent la même chose que lui (*Air connu*). Les poitrines non velues, médiocrement velues, douces, rugueuses, etc., ont aussi leurs sens respectifs ; mais je dois m'arrêter dans cet examen... de Flore.

La thérapeutique des somnambules.

Le traitement de la méningite par l'application, sur le crâne, d'un pigeon fraîchement tué, pour n'être pas préconisé dans les traités classiques, n'en est pas moins des plus répandus à Paris.

Le Dr LEGUÉ nous apprend même qu'il existe aux Halles, au pavillon de la volaille, une marchande qui a la spécialité des pigeons pour enfants atteints de méningite.

Cette marchande est très satisfaite de son commerce qui jamais, dit-elle, n'a été aussi prospère qu'à l'heure actuelle. La vente marche si bien, qu'il a fallu établir une maison spéciale pour l'élevage de ces pigeons. Et cette maison est sise à.... Charenton.

La marchande de pigeons a donné à notre confrère avec empressement tous les renseignements nécessaires pour l'application du traitement.

Il faut d'abord, a-t-elle dit, raser la tête du malade. Le pigeon vivant est là sous votre main. D'un coup de couteau vous lui ouvrez le ventre. Et sans perdre une seconde, pendant que le sang coule, vous appliquez le corps de l'oiseau encore tout palpitant sur le crâne de l'enfant. En mourant, le pigeon prend avec lui toute la fièvre, et le malade, quelques heures après, est définitivement guéri.

Ce traitement ne donne pas d'ailleurs de résultats moins merveilleux dans la fièvre typhoïde. Seulement ce n'est pas un pigeon, c'est deux pigeons qu'il faut sacrifier, et ce n'est pas sur la tête, c'est sur la plante des pieds qu'il faut les appliquer.

(*Médecine moderne*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Dans sa séance du 10 avril, le Sénat a adopté un projet de loi portant augmentation du cadre des **médecins-majors de 2me classe** et des **aide-majors de 1re classe.**

XIIIe Congrès international de Médecine

Pour répondre à des demandes qui lui ont été adressées, le Comité exécutif du XIIIe Congrès international de médecine a décidé que dans les villes où il existe une Faculté de médecine, les internes des hôpitaux nommés au concours pourront se faire inscrire comme membres du Congrès. Ils auront le droit de participer aux travaux du Congrès et jouiront des réductions de tarif, des avantages divers et des invitations aux fêtes dans les mêmes conditions que les autres membres du Congrès. Ils paieront, comme les docteurs en médecine, une cotisation de 25 francs.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les **vacances de Pâques**, commencées, conformément à la décision du Conseil de l'Université, le 1er avril, s'étendront au 15 courant.

— Par décision ministérielle, M. le docteur SURMONT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, est, sur sa demande, nommé professeur de pathologie interne et pathologie expérimentale, en remplacement de M. LEROY, décédé.

Que notre distingué collaborateur reçoive à cette occasion toutes les félicitations de ses collègues de la Faculté et plus spécialement celles du Comité de rédaction de l'*Echo médical du Nord*, heureux d'enregistrer cette nouvelle.

— Par décision ministérielle, ont été désignés MM. les docteurs BOUDRIOT, médecin aide-major au 45e d'infanterie, pour l'hôpital de Constantine, RAOULT-DESLONGCHAMPS, aide-major au 35e d'infanterie, pour le 22e dragons à Sedan.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Lyon. — M. le docteur BORDIER, agrégé, est chargé d'un cours de physique médicale, en remplacement de M. le professeur MONOYER, en congé.

Nantes.— M. le docteur MONNIER, professeur suppléant, est chargé d'un cours de clinique médicale, en remplacement de M. le professeur CHARTIER, en congé.

Clermont. — M. le docteur GROS est chargé d'un cours de physique biologique.

Rennes. — M. DE BOVIS est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES : ACADÉMIE DE MEDECINE

Ont été élus à l'unanimité **associés étrangers**, MM. KLIFASOWSKI, de Saint-Pétersbourg, et RÖNTGEN, de Wurzbourg.

Distinctions honorifiques

Sont nommés dans la **Légion d'Honneur.** — *Officier* : M. le docteur NÈGRE, médecin de la marine, TONDET et BOUQUET, médecins de la marine.

La **Médaille d'honneur des épidémies** est décernée : la *médaille d'or* à M. le docteur BRÜNCHER, à Lambessa ; la *médaille d'argent* à MM. les docteurs DICQUEMARE, de Biskra, SCHWARTZ, d'Ain-el Ksar ; la *médaille de bronze* à MM. les docteurs DESGRANGES, de Marchenoir, COUILLAUD, de Biskra ; MOREL, médecin de la marine.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs J.-B. MALHERBE, de Nantes (Loire-Inférieure), CHEVALIER, S.-E. MAURIN, ACCARIAS, de Marseille (Bouches-du-Rhône).

BIBLIOGRAPHIE

Cure radicale opératoire de la Hernie inguinale, avec un nouveau procédé, par le Dr Ch. Fournel (de Paris). — Petit in-8º, 22 figures.

Le médecin qui ne peut lire les volumineux mémoires écrits sur la cure radicale trouvera, dans ce petit livre, le résumé des principaux procédés contemporains et la critique de chacun de leurs temps.

L'auteur se refuse à admettre la *résection épiploïque quand même.* Cette manœuvre ne doit pas être faite sans indications spéciales parce qu'elle supprime un organe utile à la mobilité physiologique des circonvolutions de l'intestin grêle. En outre, elle peut être suivie d'étranglement interne par adhérences, par brides, ou par coudure du côlon transverse.

Ne s'attardant pas à inspirer, à propos de la dissection du sac, la *terreur d'un infundibulum péritonéal,* extrêmement facile à éviter, M. Fournel préfère enseigner aux élèves que toute la solidité de la cure réside dans le temps de réparation fibro-musculaire.

Passant ensuite à l'opération de Bassini, à laquelle il se rallie, l'auteur donne la description d'un *procédé personnel,* présenté comme une variante à cette opération.

La lecture est facilitée par la présence dans le texte de vingt-deux dessins d'après nature et inédits ; grâce à eux, un coup d'œil suffit pour comprendre la technique. Tous les praticiens voudront avoir cet ouvrage dans leur bibliothèque.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du journal.

Notes sur la pathogénie spéciale des indigènes Algériens, par le docteur E. Legrain, extrait de la *Revue médicale de l'Afrique du Nord.*

L'A B. C. D. de la pyrétologie exotique : la loi d'action de la quinine sur la fièvre intermittente (loi de Treille), par le docteur E. Legrain.

Deux observations d'hypertrophie congénitale partielle du pied, par les docteurs Raynaud et Legrain, extrait de la *Revue médicale de l'Afrique du Nord.*

Varicocèle douloureux symptomatique de gommes du rein chez un hérédosyphilitique, par le docteur Legrain, extrait des *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

14me semaine, du 1er au 7 Avril 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	1	3
3 mois à un an	12	2
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	7	7
40 à 60 ans	8	7
60 à 80 ans	8	7
80 ans et au-dessus	1	2
Total	38	34

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	6	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	6
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	3	1	»	»	»	»	1	9	21
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	3	»	»	»	»	1	»	»	»	3	9	13
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	»	3	7	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	5	13	12
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	5	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	4	11	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Total	»	»	»	»	»	»	»	8	9	4	11	»	»	14	1	2	»	1	»	22	72	87

N° 171. Quatrième Année. N° 16. Le Numéro : 10 centimes. 22 Avril 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Pleurésie aiguë séro-fibrineuse traitée à son acmé par l'apocynum cannabinum

Par le Professeur **F. Combemale.**

Dew.., Pierre, journalier, âgé de 40 ans, entre le 23 novembre 1899 à l'hôpital de la Charité, dans mon service, accusant de la toux et une douleur continue dans tout le côté droit, depuis le 10 novembre environ.

Si les renseignements sur les antécédents héréditaires sont sans intérêt, il n'en va pas de même de ses antécédents personnels. Ayant souffert dans son jeune âge de la rougeole et de la coqueluche, il a en outre, le dernier été, commencé à tousser sans cause apparente; soigné à ce moment à l'hôpital pour tuberculose commençante, il sortait de l'hôpital, amélioré, trois semaines après ; mais depuis lors, le malade a continué à tousser, sec et creux ; vers le 10 novembre sont apparues des douleurs dans le côté droit.

Consécutivement à un refroidissement, qui n'était autre chose que le premier frissonnement d'une pleurésie qui s'installait, D.... souffrit vers cet époque d'un point de côté, en apparence bien localisé à la partie inférieure du poumon droit ; ce point de côté s'accompagnait de fièvre légère, de sueurs nocturnes, de toux exacerbée et d'une expectoration mal caractérisée. Les frissonnements se multiplièrent, au point que le malade ne pouvait parvenir à se réchauffer ; puis dans les deux ou trois jours qui suivirent le début de la maladie, le point de côté devint moins poignant, moins nettement localisé et fit place à une douleur diffuse dans tout le côté droit. En même temps la dyspnée, assez légère les premiers jours, devenait plus marquée, rendant Dew.. anhélant pour tout effort ou tout mouvement prolongé.

Le 24 novembre, lorsque nous procédons à l'examen du malade, s'il ne nous disait pas avoir maigri beaucoup depuis le début de la maladie, nous lui trouverions une corpulence satisfaisante et l'état général assez bon. La température axillaire dépasse à peine 38° le soir.

Nous constatons, en effet, une dyspnée assez intense : trente respirations par minute, la fréquence de la toux pénible amenant une expectoration assez abondante, des crachats fluides, à peine visqueux, non rouillés, sans bacilles de Koch, mais contenant quelques diplocoques non colorés par le Gram.

A l'inspection, le thorax ne révèle ni voussure, ni immobilité des espaces intercostaux. En avant à la palpation et à la percussion, la sonorité et les vibrations sont normales à gauche ; diminuées à la hauteur du mamelon à droite ; à l'auscultation, on perçoit un léger souffle à droite correspondant à la région submate; en même temps qu'un peu d'égophonie et de pectoriloquie aphone existe de la respiration de suppléance, inspiration soufflante, expiration prolongée et soufflante, mais sans bruits anormaux. *En arrière*, en toute netteté, les vibrations sont abolies à la base droite, et il existe de la matité au même endroit, la sonorité est au contraire normale à la partie supérieure du poumon ; les vibrations sont nor-

males à gauche. L'auscultation permet de constater un souffle doux à la partie moyenne du poumon droit, à la partie inférieure la diminution, puis l'abolition complète du murmure vésiculaire, une égophonie légère, de la pectoriloquie aphone assez nette, le signe du sou. Dans toute la hauteur du poumon gauche, enfin, il existe la respiration de suppléance.

L'examen du cœur révèle une pointe légèrement déviée à gauche, sans bruits anormaux aux orifices à l'auscultation.

Quant au *foie*, la limite supérieure est impossible à délimiter, elle se confond avec la zone mate du poumon ; mais la limite inférieure est abaissée, et dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Au *rein*, troubles fonctionnels consistant en urines rares, très uratiques, mais sans albumine.

Le 27 novembre, la fièvre atteint avec peine 38° ; la matité s'étend en avant jusque sous la clavicule droite ; en arrière elle s'élève jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate ; la dyspnée est encore plus marquée qu'auparavant ; le souffle persiste, prend le timbre caverneux. Une ponction exploratrice a été positive et le liquide retiré est de couleur jaune citrin bien limpide. Le diagnostic porté dès le premier examen était celui de pleurésie tuberculeuse ; les constatations quotidiennes permettent aujourd'hui de la dire à grand épanchement. L'absence d'oppression par accès, jointe à l'opinion courante qu'une pleurésie non ponctionnée protège le porteur mieux et à plus longue échéance contre l'infection tuberculeuse, vis-à-vis de laquelle l'épanchement est une réaction défensive, retiennent le trocart prêt à vider la plèvre.

La situation restant cependant stationnaire, s'aggravant même, du fait de la distension graduelle de la cavité pleurale (signes pseudo-cavitaires) la résolution est prise le 1er décembre d'aider à la résorption de l'épanchement, dont l'abondance reste une épée de Damoclès suspendue sur la vie du malade ; la médication diurétique se présente à notre esprit avec insistance en raison de l'oligurie préexistante et persistante, et au lieu des classiques salicylate de soude, nitre, etc., j'ai recours à l'apocynum cannabinum, sous forme d'extrait fluide, à raison de vingt gouttes par jour.

Le surlendemain seulement, en présence de la débâcle urinaire dont, surpris par elle, nous n'avions pas jusqu'alors mesuré l'importance, nous fûmes à même de jauger la quantité d'urines émises.

La dose quotidienne d'apocynum restant la même, le 3 décembre, la quantité d'urines recueillies dans les vingt-quatre heures fut de 4 litres ; le 4, de 3 litres 500 ; le 5, de 3 litres ; le 6, de 2 litres 500. Durant ces quatre derniers jours l'auscultation indique nettement qu'il y a diminution quotidienne de l'épanchement, les repères se trouvant plus bas à chaque examen quotidien.

Le 7, la prise d'apocynum est suspendue ; néanmoins 2 litres d'urine son encore recueillis : les jours suivants c'est encore : le 8, 1 litre 900 ; le 9, 2 litres ; le 10, 1 litre 500 ; le 11, 1 litre 700 ; le 12, 1 litre 800 d'urine qui sont émises.

Le 14 décembre, un examen plus approché est pratiqué ; la matité persiste à la base du poumon. Les vibrations, néanmoins, y sont réapparues ; et on entend quelques frottements à l'auscultation, sans égophonie toutefois. De dyspnée, il n'en est plus ; le malade est de façon très évidente très amélioré au point que, malgré nos conseils, il quitte l'hôpital, porteur encore d'une zone de submatité à la base droite. Depuis lors ne s'est plus présenté à notre observation.

L'observation ci-dessus est celle d'une pleurésie à grand épanchement, satellite de tuberculose pulmonaire commençante, comme il s'en rencontre assez souvent. Elle n'aurait donc par elle-même qu'un intérêt très limité si, à la différence de ce qui est l'évolution spontanée d'un épanchement, et en dehors de toute intervention chirurgicale, la résorption du liquide épanché ne s'était pas faite avec une rapidité remarquable, sous l'influence d'un moyen purement médical, d'un médicament hydragogue. Mais le succès thérapeutique obtenu avec une méthode de traitement, délaissée à juste titre jusqu'à maintenant, m'a paru légitimer et l'observation détaillée et les quelques réflexions dont je désire la faire suivre.

Il est hors de conteste, pour moi, en effet, que l'apocynum a provoqué la diurèse, qui a jugé cette pleurésie. Pour partager cette manière de voir, il n'y a du reste qu'à comparer ce qui s'est produit dans le cas étudié et ce qui se produit habituellement.

La marche d'une pleurésie séro-fibrineuse est la suivante ; dès les premiers frissons « un épanchement liquide se forme avec une rapidité et une abondance variables, qui augmente, soit d'une façon continue, soit avec des arrêts ou des oscillations, pendant une durée de quinze jours environ, quelquefois beaucoup moins, rarement pendant plus de vingt à vingt-cinq jours » ; «à cette période d'augmentation succède rarement une période d'état d'un à trois jours pendant laquelle le liquide n'augmente ni ne diminue » ; puis la résolution commence, accompagnée quelquefois de sueurs critiques, exceptionnellement de diurèse ; la résorption est très rapide pendant les deux ou trois premiers jours, puis se continue lentement, avec des oscillations quelquefois qui font craindre des rechutes (1). »

La marche du cas que je rapporte a été la suivante : quatorze jours après les premiers frissons, un épanchement pleural droit est constaté, qui dépasse la pointe de l'omoplate, atteint l'épine de l'omoplate

(1) NETTER, Article *Pleurésie séro-fibrineuse*, in Traité de Médec., t. VI., p. 996.

le dix-septième jour, passe en un mot de 1.500 centimètres cubes à 3 litres en six jours, puisque le vingtième jour, la plèvre se remplissait encore manifestement. La période d'augmentation était donc à peine terminée que l'apocynum intervient pour déterminer une abondante diurèse et une résorption graduelle, mais rapide de l'épanchement.

La ressemblance entre l'évolution des deux cas frappe tout d'abord, et celui qui ne croit pas au déterminisne de l'apocynum se demande si sans ce médicament, les choses ne se seraient pas passées de même et par suite, si l'identité de la marche dans les deux cas n'est pas réelle. Or, cette identité n'est qu'apparente. Les auteurs auxquels j'ai emprunté la description de la marche classique de la pleurésie disent : « la résolution s'accompagne exceptionnellement de diurèse », « la résorption est très rapide pendant les deux ou trois premiers jours ». Au contraire, je montre une pleurésie à peine à son acmé, à peine disposée à se juger spontanément, je constate une résorption régulière et rapide ; et j'ajoute que la coïncidence serait au moins bizarre de tomber, pour démontrer l'action diurétique de l'apocynum, sur le cas exceptionnel où la pleurésie se serait terminée spontanément par la diurèse. On m'accordera donc sans peine que mon intervention a provoqué un dénouement peu habituel ; et je ferai remarquer en outre que le moment choisi pour l'intervention fut le moment psychologique.

L'indication précise de la médication diurétique dans la pleurésie séro-fibrineuse réside, en effet, à mon sens, dans ceci : avoir affaire à un grand épanchement récent, arrivé à peine à son maximum. Enfin, pour remplir cette indication, il convient d'employer un diurétique indirect, un cardio-vasculaire : pour cette raison j'avais rejeté les diurétiques directs : nitre, acétate de potasse, scille, salicylate ; la digitale, la caféine, l'apocynum sollicitaient mon choix, je le fixai sur l'apocynum à raison des résultats qu'il m'avait déjà donnés dans la résolution des épanchements sous-cutanés non inflammatoires, des œdèmes cardiaques et rénaux.

La condition pour y réussir c'est que le sujet dispose d'un cœur répondant bien à l'agression médicamenteuse et d'un rein largement et rapidement perméable.

L'apocynum cannabinum a en effet déjà une littérature. Connu en pharmacie sous le nom de chanvre du Canada, il est signalé dès 1886 par Smith (1) à l'attention des thérapeutes comme très actif dans l'anasarque, l'ascite, l'œdème du poumon avec dyspnée et cyanose, l'anurie urémique ; le taux des urines s'élève sous son influence de un à trois litres. En 1889, G. Murray le préconisa comme un toni-cardiaque d'une puissance comparable à la spartéine et au strophantus et insiste sur la rapidité de son action. En 1894, Glinski et Semenoff (2) entreprennent quelques expériences, d'où ils concluent que l'apocynum est un violent toxique du cœur, dont le principe agit comme la digitale, avec cette différence qu'il ne s'accumule pas ; cliniquement, ils le conseillent dans la dilatation cardiaque ; alors survient de la polyurie qui chasse la dyspnée, les œdèmes, les palpitations. A la suite de ces initiateurs, de nombreux auteurs ont étudié l'apocynum. En 1895, Froment, à Paris, inspiré par Huchard, Dotchevsky, à Tomsk, consacrent leur thèse à ce médicament : l'hyposystolie leur paraît à tous deux l'indication formelle de l'emploi de l'apocynum : pouls ralenti, rythme cardiaque régularisé, tension artérielle relevée, voilà les résultats constants. En Russie, Lapschine, Grosdinsky, Piaszetzky, Koskewitch, ont continué ces études sur l'apocynum et les résultats qu'ils ont publiés concordent avec les précédents; de même, Dabney, Woodhull, Millard, en Amérique.

En parcourant ces travaux, on note cependant que si la faiblesse cardiaque est le champ le plus vaste pour l'emploi efficace de l'apocynum, l'action sur le parenchyme rénal ne doit pas être méprisée ; rien qu'en raison de cette action, dit Woodhull, je considère l'abandon, qu'ont valu à ce médicament ses qualités émétocathartiques, comme immérité, et Dabney le proclame un excellent diurétique à employer dans le mal de Bright, car il diminue la quantité totale d'albumine et de cylindres hyalins.

Enfin, au cours de quelques recherches bibliographiques, je me suis aperçu qu'on avait eu recours à l'apocynum dans la pleurésie franche : Froment signale le fait dans sa thèse et Grosdinsky appelle l'attention sur la diminution que subissaient les épanchements pleuraux et péritonéaux sous son influence. Je ne serais donc pas le premier à avoir donné l'apocynum dans le but de déterminer la

(1) Smith. De l'apocynum cannabinum contre les hydropisies. *Lancet*, 1886, février, p. 508.

(2) Glinski. La racine d'apocynum cannabinum dans le traitement des maladies du cœur, Vratch, 1894.

résorption d'un exsudat pleural : la chose n'a en elle-même, du reste, qu'une médiocre importance.

C'est ce médicament, toni-cardiaque avant tout, diurétique ensuite soit directement, soit indirectement, que j'ai utilisé dans le cas de pleurésie séro-fibrineuse que j'ai rapporté,avec le succès qu'on a vu. Certes, je ne prétends pas à faire adopter partout et toujours l'apocynum pour amener la résorption des épanchements pleuraux ; mais après avoir vu à maintes reprises échouer strophantus, salicylate et nitre dans semblables occurrences, j'ai cru bon de signaler que l'apocynum m'avait donné un succès incontestable, que ce succès était dû à l'apocynum seul ; j'ai cru bon aussi de préciser dans quelles conditions mon intervention si heureuse s'était produite.

Pour ceux de mes confrères que cette observation engagerait à essayer l'emploi de l'apocynum dans la pleurésie parvenue à son acmé, j'ajoute que l'extrait fluide, impossible à se procurer en France dans les maisons de produits pharmaceutiques, provenait de la maison Merck, de Darmstadt, et que maintes et maintes fois dans l'asystolie, je l'ai employé, suivant la recommandation des médecins russes, à raison de cinq gouttes, quatre fois dans les vingt-quatre heures, sans aucun accident gastro-intestinal.

Clinique chirurgicale de St-Sauveur

M. le Professeur FOLET

Péritonite partielle traumatique

Leçon recueillie par M. **Lamote**, interne des Hôpitaux.

Messieurs,

La malade dont je veux vous parler est une jeune femme d'une vingtaine d'années, couchée encore actuellement dans la salle St-Augustin. Cette malade est entrée dans le service, il y a une dizaine de jours, dans un état assez alarmant. Elle avait reçu, six semaines auparavant, un coup de pied dans le ventre, coup de pied certainement très violent, puisque la trace ecchymotique persistait encore lorsqu'elle vint à l'hôpital.

Immédiatement après le traumatisme, elle éprouve dans le ventre des douleurs vives, accompagnées de vomissements. Si nous l'avions vue à ce moment, peut-être aurions nous pensé à une rupture de l'intestin ; car vous savez que les contusions de l'abdomen peuvent produire des ruptures intestinales sans lésion des téguments.

Néanmoins tout s'apaisa chez elle, les vomissements cessèrent ; le ventre resta douloureux. La malade a-t-elle eu à cette époque des selles sanglantes ? elle ne peut pas nous répondre à ce sujet. Vous verrez tout à l'heure pourquoi je lui ai fait cette question.

Quinze jours après le traumatisme, les douleurs reparaissent plus vives, vont en augmentant et la forcent bientôt à se coucher ; ces symptômes s'aggravent durant trois semaines.

Quand elle entre, l'état général est des plus fâcheux. Les douleurs empêchent la malade de dormir. La température dépasse 39° ; le pouls est rapide Le ventre est dur, les muscles abdominaux contractés ; c'est le véritable ventre de bois, au milieu duquel on parvient à délimiter une tuméfaction sous-ombilicale et un point de douleur exquise. On marque ce point et l'on donne du chloroforme.

La malade étant dans la résolution complète, nous pouvons percevoir un gâteau résistant, un peu mobile de droite à gauche ; il n'y avait ni fluctuation ni rougeur, mais j'étais persuadé qu'il y avait là du pus. A vrai dire je le croyais dans la paroi ou derrière la paroi ; je pensais soit à un hématome intra-musculaire suppuré, soit à un phlegmon sous-ombilical.

J'incise doucement, couche par couche, au niveau de la tuméfaction ; et j'arrive ainsi au péritoine sans avoir rien trouvé. Le péritoine est épaissi, et assez difficile à réconnaître, je l'incise aussi et je tombe dans une cavité qui laisse écouler un verre de liquide louche semé de flocons purulents, sans trace de matières et n'ayant pas non plus d'odeur fécaloïde ; ce qui est bien extraordinaire, car les abcès voisins de l'intestin, même quand ils ne communiquent pas avec lui, dégagent souvent, par osmose gazeuse, une fétidité stercorale.

Dans la cavité d'où s'était écoulé le liquide je trouve de l'épiploon, et j'entrevois quelques anses d'intestin grêle, mais fixées et n'ayant aucune tendance à s'échapper au dehors, comme il arrive quand on ouvre un abdomen sain.

Avec le doigt j'explore très discrètement la poche mais sans insister ; je ne pénètre pas dans une cavité libre. Je ne pousse pas plus loin mes investigations à l'effet de savoir si une lésion intestinale existe, lésion d'ailleurs invraisemblable, vu l'absence de liquide fécal dans le pus.

J'étais évidemment dans un foyer de péritonite localisée, séparé de la grande séreuse par des adhérences heureuses qu'il fallait respecter. Je fis le drainage de la cavité avec un gros drain enveloppé de gaze aseptique ; et je rétrécis, par une suture au-dessus et au-dessous du drain, l'ouverture du foyer, pour diminuer les chances d'éventration consécutive.

Les suites furent très simples ; le soir même la température était tombée, les douleurs avaient disparu.

Actuellement l'état général est excellent, la plaie se draine bien : le foyer se comble. La guérison est assurée.

Il est impossible de ne pas rapporter la péritonite au traumatisme ; c'est évidemment le coup de pied reçu il y a six semaines qui l'a provoquée.

Mais quel en a été le mécanisme ? Autrefois on aurait considéré la contusion de la séreuse comme une explication suffisante. Le processus irritatif, provoqué dans une portion du péritoine par le traumatisme, semblait pouvoir aboutir tout naturellement à la pyogenèse. Avec les données bactériologiques actuelles, on n'admet plus guère de suppuration sans microbes. Or, dans notre cas, d'où viennent les microbes ?

On sait que dans l'intestin fourmille toute une flore microbienne et principalement le bacterium coli ou coli-bacille. Mais il ne peut pas y avoir eu ici passage direct des microbes de l'intestin dans le péritoine, vu qu'il n'y a pas eu d'ouverture de l'intestin. Quelque petite qu'eût été la déchirure intestinale, si elle avait déversé d'emblée du liquide fécal dans un péritoine sain, il est invraisemblable d'admettre que ce péritoine ait pu organiser autour de la déchirure des adhérences préservatrices assez rapidement pour garantir le reste de la séreuse de l'infection ; et une péritonite généralisée se fût vite déclarée. En supposant même qu'autour d'une fissurette minuscule, à peine suintante, la défense de la séreuse par les adhérences ait pu s'organiser, le foyer aurait renfermé du liquide fécaloïde. Or, le pus, — je m'en suis étonné tout à l'heure, — était absolument inodore. Il n'y a donc pas eu d'effraction intestinale.

Les microbes peuvent-ils donc traverser les parois de l'intestin sans qu'il y ait solution de continuité ? Oui, dans certaines conditions, dont la plus importante et la mieux connue est la formation d'un vase clos. On a trouvé des bactéries dans le liquide du sac des hernies étranglées, alors qu'il n'existait pas de lésions intestinales capables d'expliquer la contamination de la séreuse. L'intestin hernié était dans ces cas une cavité fermée. De même on a constaté, à travers les parois intactes de l'appendice oblitéré, une filtration de germes pathogènes. Ces faits ont même contribué à édifier la théorie de l'appendicite soutenue par Dieulafoy.

D'autres conditions peuvent être invoquées encore : dans certaines contusions abdominales, Moty admet l'hypothèse d'une déchirure de la muqueuse intestinale seule. Les microbes ayant franchi la muqueuse, traverseraient plus facilement les parois jusqu'au péritoine. La malade n'a pu nous dire si elle a eu des selles sanglantes, et nous ignorons si la muqueuse a pu se trouver lésée.

Bosc et Blanc, dans un travail sur l'anatomie pathologique de l'intestin hernié, ont observé dans l'épaisseur des tuniques intestinales des hémorrhagies en nappe qui dissocient les plans et forment un milieu continu véhiculant les microbes sans obstacle de la muqueuse jusqu'au péritoine. Dans notre cas il a pu y avoir contusion violente de l'intestin et production d'hémorrhagies interstitielles.

Enfin une hypothèse émise par le Professeur Poncet dans les cas de péritonite traumatique généralisée sans lésions viscérales, mérite d'être signalée : Le traumatisme amènerait une paralysie réflexe du tube digestif. « L'intestin paralysé se laisserait distendre, » constituant une sorte de cavité fermée remplie de » liquides et de matières en stagnation. L'intestin » tout entier pourrait alors être comparé à l'appendice » à parois intactes, qui se laisse traverser par les » germes pathogènes. »

Eh bien, cette hypothèse de Poncet sur le shock du tube digestif entier ne peut-elle pas se limiter à un segment intestinal ? Une anse d'intestin est fortement contusionnée à travers les parois intactes ; sa musculature, stupéfiée, se paralyse ; l'anse se dilate et, du fait de cette dilatation, sa cavité peut se trouver, soit par plicature aux deux extrémités du segment contus, soit par semi-torsion sur elle-même de l'anse boursoufflée, séparée du reste de la cavité intestinale et constituée en espace clos. D'où migration transpariétale des microbes. Cela dure quelques heures, un jour. Puis les fibres musculaires étonnées reviennent à elles et reprennent leur tonicité ; le tympanisme partiel disparaît ; tout rentre dans l'ordre. Mais l'infection péritonéale est faite. Qui sait aussi si, en dehors même du mécanisme de la distension

paralytique, une paroi d'intestin, dont l'innervation est momentanément engourdie et supprimée par un choc brutal, n'oppose pas moins d'obstacle à la filtration microbienne que la paroi normale.

Dans le cas qui nous occupe tous ces mécanismes ont pu se trouver réunis : éraillure de la muqueuse, hématome interstitiel, shock intestinal segmentaire et tympanisme limité.

Les microbes intestinaux une fois dans le péritoine, tout s'explique. Il se fait une péritonite localisée ; mais autour d'elle se forme un processus irritatif périphérique qui isole la lésion; et des adhérences providentielles se forment. En somme le processus est le même que celui de l'appendicite sans perforation, si ce n'est que la chose se passe en un autre point du tube digestif.

Ces cas de péritonite partielle traumatique sans lésions viscérales sont rares. J'avais cru trouver des faits analogues dans une récente thèse de Lyon intitulée : « *De la péritonite traumatique par contusion de l'abdomen sans lésions viscérales apparentes.* Mais, vérification faite, il s'agit dans ce travail de 10 cas de péritonite *généralisée,* dont 8 morts. Deux cas ont guéri par laparotomie ; et l'un deux est plutôt une laparotomie de précaution faite le deuxième jour par Michaux, qui ne trouva aucun liquide abdominal. En réalité les péritonites traumatiques *localisées* à processus tardif, lent et limité, ne sont pas communes. Et je n'ai pas trouvé dans mes recherches — assez rapides et sommaires d'ailleurs, je dois l'avouer — de cas analogue à celui-ci.

M. Gaudier m'a raconté une observation de péritonite partielle chez une femme *convalescente de fièvre typhoïde.* A la suite d'une contusion de l'abdomen, la malade avait présenté dans le flanc gauche un abcès où l'on trouva du bacille d'Eberth. (Dans notre observation on a négligé de recueillir immédiatement du liquide ; on aurait sans doute trouvé du coli-bacille). Mais dans le cas de M. Gaudier, il y avait, de par la fièvre typhoïde préalable, une modification des parois intestinales, qui, selon Lépine, prédispose à une péritonite par infiltration.

C'est parce que notre observation est rare et en même temps d'un intérêt très pratique, que je vous la signale comme un sujet de recherches à faire.

Hérédité et alimentation facteurs primordiaux indispensables des maladies

par le docteur **Vanhersecke**, de Zegers-Cappel

G..., âgé de 68 ans, et B..., sa dame, âgée de 63 ans, sont nés tous deux de parents abstinents de toute boisson fermentée et morts de vieillesse à un âge variant entre 89 et 95 ans.

Le ménage G... est peut-être d'autant plus intéressant à observer qu'à part l'usage intempestif des boissons fermentées, il ne présente point d'autre signe d'intoxication. Ni tabagisme, ni syphilis actuelle ou héréditaire récente, etc. Pour le surplus, vie des champs, alimentation ordinaire des travailleurs de la campagne.

G... et B... commencent l'usage des boissons alcoolisées le premier à 11 ans, B... à 16 ans. Quatre, cinq six litres de bière par jour ne les effraient pas. Ils y ajoutent en outre, de temps à autre, du vin et des alcools : ce sont des buveurs éclectiques.

Mariés en 1861, de leur union sont nés trois enfants : l'aînée, M..., a actuellement 37 ans, le second, J..., a 32 ans, le plus jeune, P..., en a 28.

Ni G... ni sa femme ne furent atteints des maladies infantiles : rougeole, scarlatine, etc. Au contraire, leurs enfants M..., J... et P... furent atteints de la rougeole en 1872.

Pour l'aînée M.., la maladie fut bénigne, la fillette ne quitta même pas ses jeux. Le second, J.., en fut gravement malade, les complications broncho-pulmonaires dominèrent chez lui la scène morbide, et depuis J... est resté dyspnéique. Pour le plus jeune, P.., la rougeole s'accompagna de convulsions, et la convalescence fut longue.

G... et sa dame qui, depuis près d'un demi siècle, font un abus quoditien de boissons fermentées, ne présentent pas de signes extrêmes de l'alcoolisme. Sauf un embonpoint exagéré et quelques troubles gastriques, les symptômes au point de vue clinique de l'intoxication alcoolique ne sont guère accusés. Ni troubles respiratoires, ni troubles cardiaques, ni troubles du système musculaire, ni du système nerveux périphérique appréciables, du moins aux méthodes ordinaires d'investigation. Examinés par un abstinent de l'alcool au point de vue du système cérébral, G... et sa femme présentent les deux symptômes psychiques constants de l'imprégnation alcoolique ; ce sont une émotivité spéciale et une idée exagérée, allant souvent jusqu'au délire, de la responsabilité altruiste.

Pour saisir nettement ces deux symptômes, voyons ce qui se passe chez l'alcoolique aigu. Une des phases de l'intoxication est caractérisée par des phénomènes d'agitation, d'émotivité spéciale bien connue. Si l'alcoolique aigu vient maintenant à se cogner contre un arbre par exemple, immédiatement au lieu de comprendre sa propre faute, il rend sur le champ l'arbre responsable du choc et de la douleur subie : c'est le délire de la responsabilité altruiste.

Chez le chronique, au contraire, ce délire est en

quelque sorte latent, prêt à faire explosion au premier choc, soit physique soit moral.

Voyons leur descendance :

Alimentés par l'alcool en excès dès leur naissance, puisque leur mère et nourrice ne cessa jamais l'abus des boissons fermentées, pas même durant ses grossesses, les enfants ont continué l'usage de l'alcool.

A l'heure actuelle M.., l'aînée, mariée depuis 12 ans, est atteinte d'un rhumatisme noueux presque généralisé ; elle a un enfant âgé de huit ans présentant des signes évidents de tuberculose pulmonaire.

Le second, J.., célibataire, est porteur d'une lésion orificielle du cœur veineux avec œdème des organes splanchniques.

Quant au plus jeune, P.., alors que M.., et J.., sont d'une intelligence moyenne, P.., confine à l'idiotie; c'est un cérébral très irritable, à l'intelligence très rudimentaire.

Que conclure? Faut-il reporter l'origine des affections de ces sujets aux maladies de l'enfance, à la rougeole par exemple? Je ne le crois pas. Hypothèse pour hypothèse, il est plus simple de voir, sous l'influence de la persistance de la même intoxication, les éléments générateurs mâle et femelle, lésés d'abord dans leurs parties les moins résistantes, celles qui plus tard formèrent le tissu articulaire du premier enfant M..., puis l'intoxication éthylique continuant sous l'influence de la persistance de l'empoisonnement, la lésion dominante s'est portée pour le second enfant J.., sur le tissu vasculaire, tissu dérivant comme le tissu articulaire de la partie interne du blastoderme mais plus différencié, plus élevé en organisation que le tissu articulaire.

Pour le plus jeune, P.., nous voyons la lésion nutritive se porter sur des éléments plus solides, plus résistants sur la partie externe du blastoderme, sur le système cérébro-spinal dérivé de la notocorde.

Quant aux maladies d'enfance de ces sujets, nous n'accorderons à cela qu'une importance absolument secondaire, persuadés que le terrain seul fournit l'occasion de l'évolution qui, d'ailleurs, diffère totalement d'un sujet à l'autre.

Ainsi en envisageant les faits sous cet angle, on se trouve ramené à considérer comme facteurs primordiaux et indispensables de l'étiologie des maladies : l'hérédité et l'alimentation et comme facteur absolument secondaire, l'évolution microbienne.

Variétés & Anecdotes

La peau et ses microbes

S'il se rencontrait encore quelqu'un pour nier l'utilité de la balnéation fréquemment répétée, les chiffres que je vais citer auraient sûrement une éloquence suffisante pour convaincre l'entêté de son erreur et frapper en même temps de stupéfaction les belles coquettes si soigneuses de leur jolie personne.

A croire un bactériologiste russe, au niveau de la poitrine, un centimètre carré de notre peau contiendrait de 9.000 à 18.000 microbes; sur le dos on en trouverait de 15 à 17.000 et sur l'index droit de 120 à 230.000 !! Il convient de dire, d'ailleurs, pour ne rien exagérer, que les maxima ont été rencontrés chez des ouvriers manuels, et les minima chez les personnes adonnées aux travaux intellectuels.

On avouera, malgré cela, que les nombres sont respectables et que bien peu de gens s'imaginent qu'une pareille flore puisse végéter sur leur épiderme.

Il en est pourtant ainsi, et même certaines catégories de personnes sont encore mieux partagées; on ne se doute pas, par exemple, de la richesse microbienne qui s'épanouit sur les mains des infirmiers d'un hôpital. Sur leurs doigts, les microbes de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la tuberculose et bien d'autres encore pullulent et s'emmêlent en un hideux désordre.

Pour ne pas effrayer les clients, sans doute, notre savant omet de dire ce que la main du médecin, même la plus nette, peut bien contenir de ces redoutables animalcules, mais ce doit être quelque chose de fantastique.

Obligé à promener ses doigts un peu partout, à toucher les plaies les plus infectées, on devine quelle ample moisson il doit récolter de-ci de-là. On le savait déjà : l'air que nous respirons, l'eau que nous buvons, nos aliments sont infestés d'infiniment petits. Ils abondent dans nos vêtements, dans les tentures de nos appartements, et les livres de nos bibliothèques, loin d'en être exempts, en recèlent même dans leurs feuillets ! Mais il pouvait au moins nous rester le secret espoir que la peau, « la peau pétrie de lis et de roses » du poète, en était exempte. Hélas! encore une illusion qui s'en va, les microbes s'attachent aux peaux les plus douces et les plus blanches et se développent sur les doigts les mieux fuselés sans se soucier ni de la jeunesse, ni de la beauté!

Si la main, et particulièrement l'index, est l'endroit le plus riche en flore microbienne, cela vient naturellement des fonctions de cet organe qui, plus que tout autre, est destiné à entrer en contact direct avec les objets divers dont nous sommes environnés.

Aussi faut-il se garder d'imiter certains enfants qui, sans rime ni raison, se fourrent les doigts dans la bouche; le geste est malsain. Mais, dira-t-on, si cela arrive aux enfants, il n'en est pas de même chez les grandes personnes qui n'ont pas, que

nous sachions, la déplorable habitube de sucer leurs doigts ! Erreur, répondrai-je, il suffit de s'entendre ; bien nombreuses au contraire, sont les gens qui ne peuvent feuilleter un livre sans en tourner les pages avec leur pouce humecté de salive ; or, cet usage est non seulement malpropre, il est de plus dangereux. — On vient de voir pourquoi.

Alexandre Dumas avait déjà lui-même établi ce point d'hygiène dans son drame *La Reine Margot*, en faisant mourir Charles XI pour avoir feuilleté ainsi un livre de vénérie imprégné de poison par Catherine de Médicis.

Dans le même ordre d'idées, le gracieux baise-main, ce dernier vestige des mœurs policées d'une société et que pratiquent encore quelques hommes de bonne compagnie, ne serait pas non plus exempt de sérieux inconvénients.... *Miscuit grave dulci*. pourrait-on dire de ce galant usage, en parodiant le vers du poëte.

Enfin, pour tout dire, le baiser aussi, le baiser lui-même devient un acte de folle témérité, puisque des milliers d'ennemis infiniment petits, redoutables quand même, viennent s'interposer entre la lèvre et l'objet de ses caresses !

Tout cela est très scientifique sans doute et le microscope est un instrument étonnant, mais, dussent tous les bactériologistes du monde et les hygiénistes par-dessus le marché s'en formaliser, il est encore loin le temps où, pour obéir aux prescriptions de l'hygiène, les amants hésiteront à unir leur bouche dans un chaud baiser avant de s'être assurés que le savon antiseptique a bien rempli son office !

Il convient donc de ne pas pousser trop loin cette terreur du microbe, sous peine de verser dans le ridicule. Le record en ce genre a été tenu, à n'en pas douter, par ce voyageur timoré ou...fumiste tout simplement, dont l'aventure amusa tantôt toute la Presse.

Invité par un contrôleur de chemin de fer à présenter son billet, il ne refusait pas de le montrer, mais il ne voulait pas qu'on y touchât. Notre homme n'entendait pas livrer ce ticket à des manipulations qu'une sage hygiène réprouve. Les contrôleurs, pensait-il sans doute, n'ont pas toujours les mains propres.

Qui donc, du reste, peut se vanter de les avoir bien nettes ? — Je parle au propre, et non au figuré. — Bref, pour avoir affirmé sa résolution de ne pas céder, avec une énergie digne d'une meilleure cause, les tribunaux furent saisis et il se rencontra des magistrats — des routiniers, bien sûr — qui n'apprécièrent pas à leur juste valeur ces raisonnements hygiéniques et condamnèrent l'ami trop zélé de l'asepsie à 25 francs d'amende.

Avoir la satisfaction intime de pâtir pour ses convictions et, de plus, jouir des honneurs du fait divers dans les journaux, tout cela pour 25 francs, c'est donné !

A quand des imitateurs ? Dr RUELLE.

(*Gazette des Eaux*).

Pour les chiens

On dirait que les nations cherchent à avoir le record des sentiments humains pour les animaux. Telle miss américaine se marie en portant dans la main gauche son fox-terrier, fleuri pour la circonstance. On ne dit pas si le soir elle l'a ôté ! Et cette autre miss dont le chien *Beebe* est le seul voyageur de son espèce qui puisse voyager en 1re classe sur tout le réseau des chemins de fer américains. Les chiens du milliardaire Morgan ont un cuisinier chargé de les nourrir ! ! !

Voilà pour les vivants. Les Français soignent, eux, les morts. Lisez :

Société Française Anonyme du Cimetière pour chiens et autres animaux domestiques

TARIF DES ENFOUISSEMENTS

Durée de la concession	Prix
Cinq ans	25 francs
Dix ans	50 »
Vingt-cinq	75 »
A perpétuité	100 »

Dans ces prix sont comptés : la caisse, le transport à la nécropole canine d'Asnières, l'enfouissement, un piquet avec plaque émaillée portant le nom de l'animal et la date de sa mort.

POUR LES MONUMENTS ON TRAITE DE GRÉ A GRÉ

Moyens de transport : Chemin de fer : Gare Saint-Lazare-Asnières.

Tramway : Madeleine-Asnières-Gennevilliers, *qui s'arrête devant le Cimetière des Chiens, Pont de Clichy* (*Territoire d'Asnières*).

L'Administration informe le public :

1° Qu'elle ne permettra ni cérémonie, ni décoration ayant l'air de pasticher les inhumations humaines, ce qui serait manquer au respect dû aux morts ;

2° Qu'elle n'admettra pas que des noms de personnages soient inscrits sur les tombes comme étant ceux des animaux enfouis.

Pour visiter le Cimetière (quartiers des Chiens, quartiers des Chats, quartier des Oiseaux, quartier des Animaux divers), s'adresser au Concierge.

A quand les oraisons funèbres sur les tombes des caniches et des toutous ? (*L'Echo vétérinaire*)

Pasteur et la chirurgie

Un soir, après la séance de l'Académie de médecine, Claude BERNARD revenait à son laboratoire accompagné de PASTEUR, de Henri-Sainte-Claire DEVILLE, et d'un chirurgien célèbre de l'époque. PASTEUR était découragé, et sous cette impression la conversation n'avait pas tardé à prendre une tournure funèbre. On se demandait ce qu'il resterait des grands hommes de l'époque. Sainte-Claire DEVILLE dit tout à coup : Pour vous, PASTEUR, on gravera cette inscription sur votre tombe : *Il chercha la petite bête !* A cette boutade, Claude BERNARD regardant le chirurgien qui passait pour malpropre, rectifia : non, on mettra : il apprit aux chirurgiens à se laver les mains. — A presque tous alors, reprit DEVILLE.

(*Journal de méd. pratique*).

L'Hygiène dans l'Armée

Le peu de cas que le ministre de la guerre fait des enquêtes médicales, la façon dont il sacrifie l'hygiène à des considérations qui n'ont rien à voir avec elle, n'ont jamais été mis plus en lumière que par la désinvolture avec laquelle il vient de faire tout le contraire de ce que proposait le médecin-inspecteur général de service de santé, à propos de l'épidémie d'Arras. La chose est contée en ces termes par le *Progrès militaire :*

« Il ne semble pas que le ministre ait accepté les propositions du médecin-inspecteur général, puisque de nombreuses permissions ont été accordées aux hommes du 33e d'infanterie, alors que M. Dujardin-Beaumetz indiquait, si nous en croyons ce qu'a dit le ministre à la tribune du Sénat, qu'il y avait à craindre en déplaçant les hommes de répandre la maladie à l'extérieur.

Nous ne doutons pas que l'examen individuel des partants en permission pratiqué minutieusement par les médecins du corps n'ait paré à ce danger ; mais il faut bien remarquer que, s'il est peu important lorsqu'il s'agit de la grippe, il est très réel dans les cas de méningite cérébro-spinale épidémique. La connaissance de ce qui s'est passé dans les apparitions antérieures de cette maladie éminemment contagieuse et à mortalité sévère aurait fait ressortir les inconvénients des mesures prises, si le Comité technique de santé avait été appelé à discuter la question en pleine indépendance, après les enquêtes du médecin-inspecteur directeur du service de santé du 1er corps et du médecin-inspecteur général.

Et si le licenciement momentané d'une partie de la garnison d'Arras a paru nécessaire, pourquoi ne pas l'avoir étendu au 3e génie, quoique ce corps ait été moins éprouvé que le 33e d'infanterie ? Pourquoi surtout n'avoir pas eu recours à ce moyen avant que le nombre des décès se soit élevé à 15 ? Il eût été facile, sans alarmer la population et sans céder à la pression du Parlement, d'avancer la date des permissions qu'il est d'usage d'accorder si libéralement aux environs des fêtes de Pâques. » (*Bulletin médical.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

Dans sa dernière séance, le Syndicat Médical de Lille a arrêté ainsi qu'il suit le **Tarif des Honoraires Médicaux en cas d'accidents** que par application de la loi du 9 Avril 1898, il imposera, à dater du 1er juin 1900 aux compagnies d'assurances-accidents.

1° Constatation d'accident, avec certificat de déclaration à la mairie, certificat pour la Compagnie d'assurances et certificat de guérison, sans soins médicaux . . . . 10 »

2° Constatation avec certificats comme ci-dessus, avec soins médicaux, mais sans intervention chirurgicale d'aucune sorte :

Constatation et certificats	10 »	15 »
Soins médicaux (1)	5 »	

(1) Le tarif à 15 fr. sera applicable aux cas suivants :
a) Sinistres n'ayant comporté que la constatation d'un décès.
b) Certificats, premier pansement et transfert à l'hôpital.
c) Sinistres rejetés pour simulation ou toute autre cause.

3° Constatation avec certificats et soins médicaux, avec intervention de petite chirurgie énumérée ci-après :

Constatation et certificats	10 »	20 »
Soins médicaux	10 »	

En cas d'intervention de grande chirurgie, le prix de 20 fr. sera majoré du prix de l'opération établi plus bas.

Tout certificat supplémentaire délivré soit à la compagnie, soit au patron, soit à l'ouvrier . . . . 5 »

Dans le cas où le blessé devra être visité hors de la ville, il sera alloué en plus 50 cent. par kilomètre parcouru.

Petite chirurgie

Sont considérées comme opérations de petite chirurgie les interventions suivantes :

Incisions. — Débridements. — Ponctions au bistouri ou au thermocautère. — Anesthésie locale. — Rapprochement des plaies par suture simple. — Arrachement des ongles détachés. — Extraction de corps étrangers superficiels. — Ablation d'esquilles libres. — Section de parties molles condamnées. — Hémostase (sauf les ligatures de certaines artères prévues au tarif de grande chirurgie). — Massage. Electrisation. — Saignées. — Application de ventouses. — Pansements de brûlures (1er et 2e degrés). — Traitement de l'asphyxie. — Evacuation de foyers sanguins. — Taxis. — Réduction des luxations des doigts (sauf le pouce porté au tarif de grande chirurgie). — Réduction de luxation des orteils. — Injections sous-cutanées (morphine, caféine, sérums, etc.). — Extraction de corps étrangers de l'œil. — Cautérisation par les caustiques. — Applications de pointes de feu. — Cathétérismes des voies urinaires. — Extraction de corps étrangers du nez ou de l'oreille. — Avulsion des dents.

Tarif de grande chirurgie

(Dont le chiffre vient s'ajouter au tarif à forfait inscrit plus haut)

Luxations. — Pouce, mâchoire inférieure, poignet	10 »
Coude, épaule	30 »
Pied	20 »
Genou (rotule)	40 »
Hanche	80 »
Fractures. — Crâne (ablation d'esquilles)	20 »
Crâne (trépanation)	50 »
Os de la main	10 »
Os du pied	15 »
Côtes	10 »
Maxillaire inférieur, clavicule	20 »
Extrémité inférieure du radius	10 »

Avant-bras . . . . 25 »
Coude . . . . 30 »
Bras . . . . 25 »
Epaule . . . . 30 »
Pied (intéressant l'articulation tibio-tarsienne). 50 »
Péroné . . . . 20 »
Jambe . . . . 40 »
Rotule . . . . 50 »
Fémur (diaphyse) . . . . 80 »
Fémur (extrémité inférieure), col du fémur . . 100 »
Bassin . . . . 40 »
Colonne vertébrale . . . . 100 »
Pour les fractures compliquées, quel que soit le siège de la fracture, il sera perçu en plus . . 20 »

Amputations et Désarticulations. — Doigts, orteils. . 15 »
Métacarpiens, métatarsiens . . . . 20 »
Poignet, avant-bras . . . . 40 »
Coude, bras . . . . 60 »
Epaule . . . . 100 »
Pied . . . . 50 »
Jambe . . . . 80 »
Genou, cuisse . . . . 100 »
Hanche . . . . 150 »

Ligatures d'artères (1). - Sous-clavière, iliaque externe 60 »
Humérale, fémorale, poplitée . . . . 40 »
Cubitale, radiale, tibiale, péronière . . . . . 20 »

Opérations diverses. — Sutures des tendons, sutures des nerfs . . . . 50 »
Urétrotomie externe . . . . 100 »
Ponction de la vessie (la première) . . . . . . 20 »
— — (les suivantes) . . . . . . 10 »
Kélotomie . . . . 100 »
Trachéotomie . . . . 100 »
Laparotomie . . . . 200 »
Extraction de corps étrangers des tissus profonds . . . . 30 »
Paracentèse (la première) . . . . 20 »
— (les suivantes) . . . . 10 »
Phlegmon diffus (incisions multiples et drainage) 30 »
Plaies étendues du crâne ou de la face . . . . 20 »
Brûlures étendues du 3me degré au 5me degré, chaque pansement . . . . 10 »
Anesthésie générale (pour les cas de petite chirurgie . . . . 10 »
Anesthésie générale (pour les cas de grande chirurgie . . . . 20 »
Thoracentèse . . . . 30 »
Plaie grave, 20 fr. et plus selon les cas.

Consultations entre confrères.— Pour chaque médecin consultant . . . . 20 »

(1) La ligature des petites artères superficielles est comptée comme petite chirurgie.

Assistance et coopération à une opération de grande chirurgie, le tarif pour chacun des aides sera :
Opérations tarifées jusqu'à 40 francs . . . . . 10 »
Opérations tarifées au-dessus de 40 fr. le 1/4 du tarif.
Visite de nuit . . . . 10 »

Spécialistes. — Dans le cas où l'intervention d'un spécialiste est nécessaire, les honoraires sont à débattre.

Lésions multiples. — En cas de lésions multiples, les honoraires afférents à chaque cas lui seront dus.

Le patron est libre dans le choix du médecin.

En aucun cas, le médecin ne pourra être rendu responsable (civilement) des suites de l'accident.

La réduction de la taxe des chevaux et voitures de médecins à partir de 1900.

Nos lecteurs ne liront pas sans satisfaction l'article de la loi de finances pour 1900, dont voici les deux derniers paragraphes :

« La taxe est réduite de moitié pour les chevaux et voitures imposés d'après l'article 5 de la loi du 23 juillet 1872, lorsqu'ils sont employés habituellement pour le service de l'agriculture ou d'une profession quelconque, donnant lieu à l'application du droit de patente, sauf en ce qui concerne les professions rangées dans le tableau G annexé à la loi du 18 mai 1850 et dans les tableaux correspondants annexés aux lois de patentes subséquentes.

» Par exception à la disposition qui termine le paragraphe précédent, la taxe sera réduite de moitié pour les docteurs en médecine, officiers de santé et médecins vétérinaires. »

C'est sur l'intervention du docteur Fichaux, de Tourcoing, délégué de l'Association de prévoyance des médecins du Nord, que le docteur Dron, député du Nord, s'est entremis pour obtenir de la Chambre des Députés la réduction ci-dessus.

En arrivera-t-on à obtenir dans la législation fiscale future l'exemption complète qu'on nous destinait à l'origine ? Le *Concours médical* du 17 mars, en annonçant la bonne nouvelle, conclut sagement « qu'il convient de modérer nos désirs et de ne pas ambitionner, pour le moment, d'être mieux traités que les autres patentés. Remercions donc M. Dron d'avoir obtenu ce qu'il était possible de demander sans faire crier au privilège. » Nous joignons nos remerciements à ceux qui sont déjà parvenus à notre confrère.

Les fervents de la bicyclette s'étonneront peut-être d'avoir été oubliés dans la disposition nouvelle que nous signalons. La modicité de la taxe sur les vélos les empêchera sans doute de trop s'apercevoir de ce léger accroc à l'équité et à la logique.

Dans la **statistique pour 1898 du personnel médical et pharmaceutique de France et d'Algérie** que vient de publier le Ministre de l'Intérieur, nous relevons que, 1° dans le Nord, pour 667 communes et une population de 1.811.888 habitants, il y avait 569 docteurs, 109 officiers de santé, soit 678 médecins résidant dans 251 communes ; 71 dentistes,441 sages-femmes,dont 344 de première classe, et 420 pharmaciens, dont 188 de première classe, résidant dans 34 communes.

2° Dans le Pas-de-Calais, pour 903 communes et 906.249 habitants, il y avait 200 docteurs, 103 officiers de santé,en tout 303 médecins résidant dans 165 communes ; 16 dentistes, 216 sages-femmes, dont 118 de première classe, 192 pharmaciens, dont 53 de première classe,résidant dans 77 communes.

3° Dans la Somme, pour 840 communes et une population de 543.279 habitants, il y avait 124 docteurs, 106 officiers de santé, en tout 230 médecins, résidant dans 125 communes ; 13 dentistes, 80 sages-femmes, dont 18 de première classe,et 129 pharmaciens,dont 27 de première classe résidant dans 55 communes.

4° Dans l'Aisne, pour 841 communes et une population de 541.613 habitants, il y avait 161 docteurs, 37 officiers de santé, en tout 198 médecins,résidant dans 100 communes; 17 dentistes, 158 sages-femmes dont 41 de première classe et 118 pharmaciens, dont 51 de première classe, résidant dans 56 communes.

Les totaux montrent que, y compris la Seine, pour 36.170 communes et une population de 38.517.975 habitants, il y avait 13.616 docteurs, 1600 officiers de santé, en tout 15.216 médecins, résidant dans 5.426 communes, 1687 dentistes, dont 447 diplômés, 13.743 sages-femmes, 8.910 pharmaciens,dont 3.303 de première classe, résidant dans 3.289 communes.

Concluez, amis lecteurs !

Le Vendredi 6 avril 1900 a eu lieu la deuxième réunion de 1900 de l'**Association de la Presse médicale française**, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. LABORDE, syndic.

Une trentaine de personnes assistaient à cette réunion.

I. — NOMINATIONS. — 1° *Membre honoraire*. — A été nommé Membre honoraire de l'Association : M. le Dr BARDET, rédacteur en chef des *Nouveaux Remèdes*.

2° *Membres titulaires*. — Ont été élus *Membres titulaires* : *a*) M. le Dr LANGLET (de Reims), directeur de l'*Union médicale du Nord-Est*, en remplacement de M. le Dr GUELLIOT ; *b*) M. le Dr CERNÉ (de Rouen), directeur de la *Normandie Médicale*, en remplacement de M. le Dr SOREL.

II. — CANDIDATURE. — M. le Dr OLIVIER a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr CRUET, directeur de la *Revue de Stomatologie*.

III. — ANNUAIRE DE L'ASSOCIATION. — M. le Secrétaire général a recueilli les corrections, non encore parvenues, pour l'Annuaire de l'Association, qui paraîtra dans quelques jours.

IV. — RÉUNIONS. — En raison des fêtes qui auront lieu à l'occasion du *Congrès international de la Presse médicale* (26-28 juillet 1900,le dîner statutaire de juillet 1900 n'aura pas lieu à la date accoutumée. Il se confondra avec l'une des réceptions qui seront organisées pendant le Congrès.

Par décision ministérielle du 9 mars 1900, M. l'inspecteur général du corps de santé militaire, GENTIL, directeur du 1er corps d'armée, passera sous peu l'**inspection générale de l'arrondissement**, composé des 1er, 2e et 3e corps,y compris les corps de troupes d'infanterie des 2e et 3e corps stationnés sur le territoire du gouvernement militaire de Paris, les écoles militaires préparatoires d'infanterie de Montreuil-sur-Mer et des Andelys.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Reims. — M. le docteur DE BOVIS, professeur suppléant, est chargé, jusqu'à la fin de l'année, d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés : *Officier de la Légion d'Honneur* : M. le docteur GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef de l'Exposition de 1900.

Chevalier du Mérite agricole :M. le docteur LIMOUSIN, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PLANCHON, de l'Académie de médecine, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; MONNIER, médecin militaire à Paris.

MAHIEU, de Tourcoing (Nord). Nous adressons à sa famille l'expression de nos sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire des Eaux minérales, Stations climatiques et sanatoria de la France et de l'Etranger, suivi d'une nomenclature des principaux Établissements hydrothérapiques et bains de mer. Édition 1900, corrigée et augmentée. Publiée sous la Direction du Dr G. MORICE, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, à la librairie Maloine, 21, place de l'École de Médecine, ou au bureau de la *Gazette des Eaux*, 1, rue Bausset, Paris.

Ce volume (42e année) comprend :

Les renseignements généraux sur le service et le fonc-

tionnement administratifs des Eaux minérales au Ministère de l'Intérieur à Paris ; — La liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de Médecine, etc. ; — La liste des stations thermales françaises avec le nom de leurs médecins ; — La liste des médecins des stations thermales par ordre alphabétique ; — La liste des médecins des stations sanitaires et climatiques de la France ; — La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris, et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France ; — La nomenclature générale des eaux minérales françaises, avec leur classement, leurs indications sommaires et les moyens de locomotion pour s'y rendre ; — Le memento de leurs principales indications thérapeutiques ; — La nomenclature des principales stations et eaux minérales étrangères (la Russie et la Roumanie ont eu leur liste d'eaux minérales complétée) ; — Le classement des sources minérales selon leur nature et leurs caractères chimiques ; — La nomenclature des principales stations d'hiver et d'été (sanatoria et autres stations d'altitude, de plaine ou stations maritimes) ; — Une note des principaux hôpitaux ou instituts marins (Fondation de l'Œuvre des hôpitaux marins, ou fondations particulières) ; — La liste des sanatoria français ou établissements pour les tuberculeux ; — La liste des principaux établissements d'hydrothérapie médicale en France ; — La nomenclature des plages et bains de mer de la France ; — Enfin, des notices descriptives et détaillées sur quelques stations, eaux minérales, sanatoria, établissements climatiques et installations d'hydrothérapie médicale.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du journal.

Sur un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse (observation clinique et diagnostic), par le docteur E. LEGRAIN.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

15me SEMAINE, DU 8 AU 14 AVRIL 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	5
3 mois à un an	5	7
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	1	2
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	1	5
20 à 40 ans	7	10
40 à 60 ans	6	9
60 à 80 ans	12	15
80 ans et au-dessus	2	3
Total	50	60

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	1	»	»	»	1	»	2	8	3
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	4	13	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	3	»	»	3	»	»	»	»	»	4	13	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	2	1	»	»	4	»	»	»	1	»	11	24	22
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	1	»	»	2	1	»	»	»	»	3	11	8
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	7	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	7	5
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	»	2	»	»	»	1	»	2	11	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	6
Total	»	6	»	»	»	»	»	8	15	[illegible]	8	»	»	18	1	1	»	3	»	32	100	113

N° 172. Quatrième Année. N° 17 Le Numéro : **10** centimes. 29 Avril 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1[er] janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

La prophylaxie de la Tuberculose. — Parts respectives des Pouvoirs publics et de l'Initiative privée dans l'organisation de la lutte.

Par le Dr **E. Ausset**, professeur agrégé
chargé de la Clinique des maladies des Enfants à
l'Université de Lille (1).

La Tuberculose est plus qu'une maladie intéressant le médecin et ceux qui en sont atteints ; c'est une véritable question sociale à la solution de laquelle tout le monde doit s'intéresser. Il n'est personne qui ne soit saisi d'une profonde tristesse quand on voit les ravages épouvantables de ce terrible fléau. En France les statistiques officielles nous donnent 150.000 décès par tuberculose (sur 850.000 décès en général). Or ces chiffres sont encore bien au-dessous de la vérité si l'on songe aux nombreux cas méconnus et à tous ceux dont la déclaration n'est pas faite, parce que les familles ne veulent pas que l'on sache qu'un de leurs membres était tuberculeux et qu'alors le décès est inscrit sous une rubrique quelconque.

D'après ce que j'observe dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, j'ai pu constater qu'un grand nombre d'enfants envoyés avec les diagnostics d'athrepsie, de gastro-entérite, de misère physiologique, etc., etc.., étaient trouvés, à l'autopsie, porteurs de lésions tuberculeuses parfois très avancées. D'autres fois, quand un enfant succombe à une fièvre typhoïde, par exemple, à la diphtérie, à une pneumonie, etc.., il n'est pas rare de trouver à la nécropsie des lésions tuberculeuses en évolution. Tous ces cas, en clientèle de ville, passent fatalement inaperçus, et si on les connaissait tous ils viendraient encore grever d'une façon effrayante le taux de la mortalité par tuberculose. Je ne crois pas être au-delà de la vérité en disant que peut-être 200.000 sujets succombent tous les ans, en France, sous les coups de la tuberculose.

Ces chiffres sont véritablement terrifiants, car aucune maladie, quelle qu'elle soit, n'atteint une telle proportion dans les décès.

C'est incontestablement la force de l'habitude qui fait que l'on ne s'est pas ému plus tôt de ces horribles massacres. Heureusement cependant, et c'est une grande joie de constater ce fait, l'opinion publique est actuellement profondément remuée et dans tous les pays on se préoccupe activement d'organiser la lutte contre ce fléau.

Je n'ai pas besoin ici d'énumérer tout ce qui a été

(1) Communication lue au Congrès international de Naples (25-28 avril 1900).

fait et les beaux résultats que l'on a déjà obtenus. Je désire seulement étudier aussi rapidement que possible par quels moyens nous pourrons arriver à enrayer le mal et à diminuer dans de fortes proportions les pertes énormes que la tuberculose inflige tous les ans aux divers pays.

La lutte contre la tuberculose se compose de deux parties essentielles, la lutte par la prophylaxie et la lutte par la thérapeutique.

Il n'y a pas, a dit M. le professeur GRANCHER, de maladie chronique plus curable que la tuberculose. C'est vrai, et aujourd'hui la démonstration de cet aphorisme n'est plus à faire. Il semblerait donc que la solution du problème réside dans la thérapeutique. Malheureusement si nous pouvons guérir, par la méthode hygiéno diététique, un certain nombre de tuberculeux, il en est encore un bien plus grand nombre qui échappent à toute intervention et qui succombent, quoi qu'on fasse.

C'est donc surtout à *prévenir le mal* que nos plus grands efforts doivent tendre.

Mais ici les difficultés sont peut-être encore plus considérables à vaincre que lorsqu'il s'agit de soigner les malades

Soustraire le public à la contagion : toute la solution du problème réside dans cette formule, en apparence si simple, mais en réalité d'une application très difficile, qui ne pourra s'accomplir que lentement et progressivement, à mesure que se répandront parmi tous les pratiques hygiéniques indispensables pour éviter cette contagion.

Tous, nous avons notre part de devoir dans cette croisade contre la tuberculose, tous, quel que soit notre rang social et notre profession, nous avons notre place dans ce grand combat, les uns seront des généraux, des chefs émettant les ordres et les ordonnances, prescrivant les mesures, donnant les moyens de les appliquer, les autres seront les soldats exécutant les manœuvres nécessaires pour le succès de la bataille, qui assurément sera gagnée si les ordres sont bien donnés, si la tactique du combat est bien réglée, et si à chacun est dévolue son œuvre d'une façon précise et pratique.

Je m'explique : il convient de bien établir quelle sera, dans la lutte, la part qui doit revenir aux pouvoirs publics, aux associations puissantes, et celle de l'initiative privée. Sans les pouvoirs publics, les efforts de l'initiative privée resteront fatalement stériles, ou les résultats obtenus seront insuffisants ; mais, aussi, sans le secours des individus, sans l'initiative de chacun, les pouvoirs publics resteront eux-mêmes impuissants, cela est incontestable et, je le crois, incontesté. Pouvoirs publics et initiative privée se complèteront donc l'un l'autre, ils doivent s'associer, mettre en commun tout leur avoir pour converger vers le même but qui, ainsi, j'en suis persuadé, sera rapidement atteint.

Détruire la cause ou l'empêcher d'arriver jusqu'à nous, telle est, en résumé, la prophylaxie de toute maladie contagieuse. Pour la tuberculose il faudra donc chercher à détruire le bacille partout où il se trouve ou empêcher les poussières qui le véhiculent d'être introduites dans notre organisme.

En conséquence, il faudra lutter contre les crachats répandus sur le sol, surveiller la vente des viandes de boucherie et du lait, faire désinfecter minutieusement les appartements ayant abrité des tuberculeux, veiller à l'hygiène de l'habitation et de l'usine, modifier l'hospitalisation de nos tuberculeux, leur assurer des soins intelligents et rationnels, leur créer des établissements fermés où ceux qui ne sont pas trop atteints pourront guérir, et d'autres où les incurables seront isolés.

Voilà, en quelques mots, toute la lutte. Mais quels gigantesques efforts l'organisation de cette lutte ne réclame-t-elle pas de la part de tous ? Comment peut-on l'entamer avec efficacité ? Savoir ce que l'on doit faire et le faire ne sont évidemment pas la même chose. Il nous faut chercher les moyens les plus pratiques d'*appliquer* tous les principes d'hygiène prophylactique aujourd'hui connus de tous.

Puisque c'est du crachat que vient la plus grande partie du danger, c'est contre lui que nous allons d'abord entamer la lutte.

Que peuvent les pouvoirs publics contre le crachat ?

A la vérité on ne peut songer à obtenir de nos législateurs le vote d'une loi édictant des mesures de pénalité contre ceux qui crachent par terre. Si, par impossible, on obtenait le vote de cette loi, elle ne serait jamais appliquée, étant donné la tournure d'esprit de nos compatriotes. Ce n'est pas par les ordonnances de police que le crachat sera vaincu. On sait quels sarcasmes ont soulevés dans le public et même dans la presse les prescriptions hygiéniques édictées

et affichées dans les tramways et les wagons. On a raconté l'histoire de tel employé de tramway interdisant de cracher par terre et, immédiatement après, lançant sur le parquet de sa voiture le produit de son expectoration ; comme on lui faisait observer cette contradiction : « La défense est pour le public, dit-il, je ne suis pas du public.» Ce sont là des charges ridicules, mais, telles qu'elles sont, elles montrent bien comment serait accueillie une loi contre le crachat.

En revanche, les Pouvoirs ont le devoir absolu de répandre dans tous les lieux publics des crachoirs hygiéniques. Il est certain qu'il se passera du temps avant d'obtenir que l'on crache dans ces crachoirs et non plus à terre, mais peu à peu l'éducation du peuple se fera, lentement mais sûrement pénétrera dans les esprits cette notion si féconde en conséquences heureuses que la tuberculose est éminemment contagieuse, et cela surtout par les crachats, que par conséquent en crachant par terre on s'expose à contracter la maladie. Tout d'abord ce sera un mouvement de curiosité gouailleuse qui attirera autour de ce crachoir, on lira, en se moquant, la petite notice expliquant qu'on ne doit pas cracher sur le sol ; puis peu après on se dira qu'on a peut-être raison de se méfier ainsi d'un produit sécrété au niveau des lésions tuberculeuses et enfin un jour on sera persuadé que là est le véritable danger et on se gardera contre le crachat en expectorant dans les crachoirs placés partout ; la victoire sera remportée. Il en sera pour la tuberculose comme il en est pour la fièvre typhoïde au sujet de laquelle l'éducation du public est faite.

Dans les écoles, surtout, les Gouvernements trouveront un champ d'action considérable et très fertile en résultats pratiques. Les enfants sont des imitateurs parfaits de tout ce qu'ils observent journellement. Eh bien, que l'on impose, dans toutes les écoles, la présence de nombreux crachoirs hygiéniques, que des prescriptions très sévères soient données aux divers membres du personnel enseignant, que ceux-ci prêchent d'exemple, qu'ils enseignent journellement à leurs élèves pourquoi on ne doit jamais cracher sur le sol, surtout que les enfants ne voient jamais leurs maîtres expectorer sur les parquets. et peu à peu ces enfants, par la seule force de l'habitude, seront éduqués, élevés dans la crainte salutaire du crachat. Et alors, devenus grands, ces enfants non seulement prêcheront d'exemple, mais encore propageront dans leur entourage les saines notions au milieu desquelles ils auront été élevés.

A mon avis, c'est donc dans l'Ecole que les pouvoirs publics trouveront surtout leur grande part dans la lutte contre les crachats et je suis persuadé que, bien organisée dans ce milieu, elle ne sera pas des moins efficaces.

Il est encore un autre milieu où l'Etat peut très heureusement intervenir dans le même ordre d'idée c'est *l'Armée*. Avec la discipline qui y règne on pourrait obtenir des hommes, sous peine de punitions, très sévères en cas de récidive, qu'ils ne crachent plus sur le sol, et qu'ils expectorent dans des crachoirs hygiéniques placés commodément dans les chambrées et dans les cours à leur hauteur. Que le médecin militaire sache, par sa valeur personnelle, prendre sur le commandement un ascendant moral suffisant, et peu à peu nous verrons nos casernes munies de tous ces crachoirs. Or, le soldat est un grand enfant qui, pendant les quelques années qu'il passe au régiment, y contracte des habitudes qu'il transporte ensuite dans son milieu familial ; si on l'a habitué à ne jamais cracher sur le sol, rentré dans ses foyers il trouvera désormais tout naturel d'expectorer dans un crachoir hygiénique.

Si l'Etat voulait bien ainsi, grâce à son autorité, organiser la lutte dans ces deux milieux, l'école et l'armée, on ne tarderait pas de ce seul fait à voir baisser progressivement le nombre des tuberculeux. Il se passerait ici ce que nous avons tous observé pour la variole. Grâce à l'école, grâce au régiment, on s'est habitué à se faire vacciner, peu à peu la nécessité de la vaccination a fait son chemin dans les esprits, et rares maintenant sont les familles où l'on ne fait pas vacciner et même revacciner les enfants en dehors de toute obligation scolaire ou militaire. De même quand un père de famille pendant toute sa vie scolaire, puis pendant toute sa vie militaire, aura été contraint, puis aura pris l'habitude de ne plus cracher sur le sol, il apprendra à ses enfants les mêmes pratiques hygiéniques, absolument comme il les fait vacciner parce qu'il a été convaincu par son exemple personnel qu'il retirait un grand bénéfice de la vaccination.

Le rôle de l'Etat pour cette lutte contre les crachats peut se limiter à tout ce que nous venons de dire ; l'initiative privée va maintenant entrer en ligne si nous considérons la contagion à l'*atelier* et dans les *familles*.

On n'arrivera à un résultat important auprès des individus que si l'on parvient à faire disparaître ce préjugé que la tuberculose est fatalement héréditaire, et à le remplacer, au contraire, par cette notion qui domine toute l'histoire de la maladie : la tuberculose est éminemment contagieuse et par suite évitable.

Nous tous, qui sommes amplement convaincus, nous devons, chacun dans notre cercle, faire pénétrer cette notion de contagiosité et démontrer par la parole, par les écrits, par les exemples bien choisis, que la tuberculose nous guette à chaque pas, non parce que nos parents étaient tuberculeux, mais parce que nous vivons au milieu des germes et que, à toutes les minutes, nous pouvons les inhaler et les ingérer. Il faut, sans cesse, redire aux chefs d'usine, aux ouvriers, aux propriétaires de grands magasins, à tous ceux qui dirigent et occupent de grandes agglomérations d'individus, il faut, dis-je, leur répéter à satiété que l'hérédité n'est rien à côté de la contagion, qu'une mauvaise hérédité se corrige admirablement par une bonne hygiène et qu'au contraire on réduit à néant par une hygiène mal comprise l'excellent héritage de santé qui a pu nous être transmis. Bien mieux, il ne faut pas craindre de dire que la notion d'hérédité, incontestable en quelques cas, doit absolument disparaître quand il s'agit de prophylaxie, car cette mère, ce père, qui ont transmis à leur enfant le germe de la tuberculose, l'ont pris, eux, par la contagion, et par conséquent cette contagion est à l'origine de tout cas de tuberculose.

Je dirai plus loin comment je comprends la vulgarisation de cet enseignement populaire, la diffusion de toutes ces idées éminemment pratiques, et d'où découleront fatalement l'application des mesures préventives nécessaires pour éviter la contagion.

Tous comprendront bientôt où est le danger et feront alors ce qu'il faut pour l'éviter et l'éloigner.

Une fois tous les chefs d'ateliers bien convaincus de tout cela, ils devront répandre à profusion les crachoirs hygiéniques dans les locaux occupés par leurs ouvriers et employés, placer ces crachoirs à proximité des métiers, des machines, des bureaux, à hauteur d'homme, prodiguer l'affichage des instructions prescrivant de ne plus cracher sur le sol, expliquant à l'ouvrier quel est le grand danger qu'il court en répandant partout ses crachats, et lui faisant comprendre que ces mesures hygiéniques sont prises *uniquement* dans son intérêt.

Les industriels sont plus près qu'on ne le croirait d'appliquer ces sages précautions. Tout récemment je visitais à Hellemmes, près Lille, une filature de coton, appartenant à une Société anglaise. Le directeur de cette importante usine m'avait demandé d'examiner comment on pourrait établir des crachoirs auprès des métiers afin d'empêcher les ouvriers d'expectorer sur le sol. Je lui conseillai d'en placer quatre par métier, de réunir tous les ouvriers et de leur expliquer brièvement les raisons de cette installation, et de les avertir qu'en cas d'infractions une amende serait infligée, laquelle amende serait versée à une caisse de secours, fondée en même temps au profit des ouvriers malades et de leur famille. Je suis persuadé que bientôt on appliquera ces mesures dans cette usine.

Pourquoi n'en ferait-on pas autant dans tous les établissements ouvriers ? C'est une dépense à faire, certes, pour la première installation. Mais le coût de l'entretien ne compte à peu près pas, et les sacrifices d'argent consentis par l'industriel ne seraient-ils pas largement compensés par la satisfaction d'avoir rendu service à ceux qui travaillent pour lui, et à la Société en lui épargnant la vie d'un bon nombre de citoyens ? D'autre part l'ouvrier, pour éviter l'amende, s'habituerait rapidement à ne plus expectorer sur le sol, et il emporterait dans sa famille d'excellentes habitudes et y donnerait le bon exemple. Lorsqu'il aurait failli et qu'il devrait payer l'amende, il n'aurait pas à récriminer, sachant que l'argent retenu sur son salaire va servir à soigner ses camarades et que lui ou les siens auront certainement un jour à frapper à cette caisse

Dans la famille, la lutte contre le crachat se trouve considérablement facilitée d'après tout ce que j'ai déjà dit. A l'école, l'enfant apprend à ne plus expectorer sur le sol, au régiment il continue son éducation, à l'atelier il a trouvé des patrons qui lui ont donné les moyens de ne plus souiller les parquets avec ses crachats, il est évident que cet homme, ainsi instruit à chaque pas de son existence, ainsi habitué à ne jamais cracher sur le sol, ne perdra pas cette habitude pendant les quelques heures qu'il passe chez lui. Au contraire, il deviendra une source d'enseignement pour tout son entourage. Il n'y a qu'à voir ce qui se passe chez les individus qui viennent de faire un séjour de quelques mois dans un sanatorium pour être convaincu de ce que je viens de dire, et le sana-

torium en tant qu'école d'hygiène est même, avec juste raison, un des grands arguments employés par ceux qui préconisent la création de sanatoriums populaires.

Mais si le tuberculeux, dans sa famille, veut bien contracter l'habitude de cracher dans un crachoir hygiénique, il faut lui procurer ce crachoir, car il est évident que certaines familles très pauvres reculeront devant la dépense d'un instrument d'un prix trop élevé.

D'autre part les Associations charitables, les ligues contre la tuberculose ne peuvent se charger de fournir des crachoirs coûteux à leurs assistés ; elles ont tant d'occasions impérieuses d'employer leurs fonds, pour secourir la famille du tuberculeux par exemple, qu'il convient de ne pas leur imposer cette nouvelle charge. Je préconiserai donc l'emploi du crachoir dont le professeur SCHRÖTTER (de Vienne) a montré un spécimen au Congrès de la tuberculose tenu à Paris en 1898. C'est un crachoir de pâte de papier, garni d'un peu de tourbe, et que l'on détruit tous les jours par ignition. La matière de ces crachoirs est imprégnée de paraffine, ce qui les rend imperméables et très combustibles. Le prix de revient de ces crachoirs est de deux centimes, et peut encore diminuer si, l'usage s'en répandant, on pouvait les faire fabriquer en grande quantité.

Si j'ai commencé cette communication par l'exposé de la lutte contre le crachat, c'est parce que le danger réside presque uniquement en lui, mais il est incontestable que cette lutte, même parfaitement organisée dès maintenant, serait encore assez longue à nous donner des résultats pratiques. En attendant donc, puisque nous n'avons pas pu encore empêcher la diffusion de ces crachats, il convient de chercher à les annihiler, puisque nous n'avons pas pu arrêter la dispersion du germe, il faut lui défendre d'arriver jusqu'à nous, il faut le neutraliser, le détruire.

Et j'arrive ainsi à la question de *la désinfection* des locaux habités par les tuberculeux, grosse question qui soulève de nombreuses difficultés et dans laquelle les Pouvoirs publics et l'initiative privée peuvent encore se prêter mutuellement un grand secours.

Je ne veux pas ici étudier quel est le meilleur mode de désinfection ; on n'aura qu'à se reporter, sur ce point, à la remarquable communication de M. A.-J. MARTIN, au Congrès de la Tuberculose de 1898 et je ne sache pas qu'on ait actuellement trouvé grand'chose à y ajouter. Je désire seulement rechercher comment l'on pourrait arriver à multiplier ces désinfections, et à les faire pratiquer dans tous les locaux où un tuberculeux est mort et même dans ceux où il a séjourné quelque temps.

Pour arriver à la désinfection *obligatoire* de tous les locaux contaminés, il faut une loi, qui comprendra la *déclaration obligatoire* de tous les cas de tuberculose. Si l'on veut faire intervenir ici les Pouvoirs publics, il n'y a pas d'autre solution, *il faut une loi.*

Un nouveau projet de loi vient d'être déposé au Sénat sur la *Protection de la santé publique.* On ne saurait trop s'applaudir de cette initiative, et nous formons des souhaits ardents pour le vote et la promulgation rapide des articles qui composeront cette loi.

Mais, hélas ! Combien de lois restent lettres mortes, surtout quand elles opposent les intérêts privés et l'intérêt général.

Tout d'abord pour que cette loi ait une complète efficacité, il faut qu'elle vise la tuberculose, ou, si l'on préfère, il faut que la tuberculose soit comprise parmi les maladies à déclaration obligatoire.

Ici se présente immédiatement une grosse difficulté. Dans beaucoup de familles on se refuse absolument à déclarer les cas de tuberculose qui ont pu exister, et, à chaque instant, dans notre vie médicale, on s'efforce de nous cacher des cas de phtisie survenus chez des ascendants ou des collatéraux.

Contre cet état d'esprit, les Pouvoirs publics sont absolument désarmés, et il est à craindre que les lois que l'on pourra faire se heurteront à la force d'inertie du public. Les familles mettront leur médecin en demeure de choisir : ou bien elles le congédieront, ou bien il devra ne pas déclarer le cas de tuberculose. Trouvera-t-on assez d'héroïsme chez tous les médecins pour sacrifier à l'intérêt général la perte de leurs clients? Je pose la question sans chercher à y répondre.

A mon avis l'initiative privée aura plus rapidement raison de tous ces scrupules, basées sur des erreurs qu'il convient de faire disparaître.

Pourquoi les familles se refusent-elles à déclarer qu'elles ont un tuberculeux dans leur sein ? tout simplement parce qu'il est encore bien profondément enraciné ce préjugé qui consiste à considérer la tuberculose comme héréditaire. Eh bien, c'est à nous,

médecins, de lutter contre ce préjugé et de redire sans cesse, de montrer par des exemples frappants et bien choisis, que la tuberculose se prend, dans la plus plus grande majorité des cas, par contagion. C'est justement par l'organisation de ces ligues, analogues à celle créée dans la Gironde par M. Armaingaud, que nous porterons et ferons porter dans les plus petits coins de notre pays les enseignements pratiques, répétés à satiété, que la tuberculose n'est pas héréditaire, en ce sens que dans le plus grand nombre des cas, une mère tuberculeuse engendre un enfant sain, mais qu'elle peut le tuberculiser plus tard, grâce à la contagion.

Et alors, quand la plus grande partie de la population sera bien convaincue, quand, grâce aux précautions hygiéniques, on aura pu montrer aux familles l'inanité de leurs craintes, elles n'auront plus peur que l'on sache qu'un de leurs membres est tuberculeux ; elles avoueront la tuberculose aussi facilement qu'elles avouent la pneumonie, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc.

C'est alors que l'organisation sanitaire pourra efficacement produire son action, la déclaration des cas de tuberculose se fera aussi aisément que pour les autres maladies infectieuses, et les familles demanderont d'elles-mêmes la désinfection de leurs appartements aussi bien qu'elles le demandent actuellement quand elles ont eu un cas de scarlatine ou de diphtérie par exemple.

Mais, je le répète, pour arriver à ce résultat, c'est à la propagande qu'il faut surtout avoir recours. Cherchons et nous en trouverons d'ardents prosélytes, qui voudront bien nous seconder et tous les jours iront porter partout la bonne parole.

Il n'empêche qu'il faut désirer ardemment le vote rapide de la loi sanitaire, déposée au Sénat, dont je parlais tout à l'heure. En effet, il est toute une catégorie d'individus qui peuvent dès maintenant être touchés par l'application de cette loi, et, il faut bien le dire, c'est parmi eux que l'on rencontre le plus grand nombre de cas de tuberculose, et ce sont eux qui sont les plus dangereux pour la propagation du terrible fléau. Je veux parler des familles assistées par les bureaux de bienfaisance et par les Sociétés de secours mutuels.

On pourra, en faisant comprendre à ces malheureux qu'on n'a en vue que leur intérêt, les obliger à laisser désinfecter périodiquement leurs appartements ; au besoin même on pourrait ne leur continuer les secours que s'ils se soumettaient rigoureusement aux prescriptions hygiéniques dont on leur ferait saisir la portée, afin qu'ils ne puissent supposer qu'il s'agit de mesures vexatoires à leur égard.

Une pratique excellente, que nous devrions bien faire entrer dans nos mœurs c'est celle suivie avec tant d'heureux résultats en Angleterre et qui consiste à établir, pour chaque immeuble, pour chaque appartement, une sorte de livret individuel, un véritable *livret de santé*. Actuellement, quand nous voulons louer une maison ou un appartement, rien ne nous renseigne sur ceux qui l'ont habité avant nous, et si des cas de tuberculose ou d'autres maladies contagieuses s'y sont produits nous l'ignorons la plupart du temps, et les propriétaires font tous leurs efforts pour nous le cacher. Qu'arrive-t-il alors ? C'est que nous entrons dans des appartements contaminés, et que nous ne sommes pas peu surpris de voir un jour éclater dans notre famille une véritable épidémie de tuberculose, de diphtérie ou autre affection, contractée grâce aux poussières chargées de microbes pathogènes contenues dans l'appartement. Si, au contraire, cette maison, cet appartement avait son *livret de santé*, tenu exactement à jour par l'autorité compétente, nous n'aurions qu'à le consulter pour être fixé sur les mesures hygiéniques à exiger du propriétaire. Au reste, pourquoi n'exigerait-on pas des propriétaires la désinfection systématique, qu'il y ait eu maladie contagieuse ou non, des locaux leur appartenant, à mesure qu'ils changent de locataires.

Oh ! certes, ici, je ne me le dissimule pas, on se heurte à une grosse difficulté. La police sanitaire et l'exécution des lois qui y affèrent est, on le sait, confiée aux autorités locales. Or cette autorité locale, c'est le maire, qui peut être lui-même propriétaire, et qui, en tous cas, est l'*élu* de ses administrés. Il est à craindre que ce maire hésite à appliquer à ses électeurs des mesures qu'on pourrait considérer comme vexatoires et attentatoires à la liberté individuelle. Il faudrait confier la police sanitaire au pouvoir central et à ses agents qui, eux, jouissent d'une indépendance à peu près absolue.

Quoi qu'il en soit, il est à souhaiter que le Sénat veuille bien ajouter au projet de loi qui lui est soumis un article additionnel instituant ce *livret de santé* pour les immeubles.

Au reste si les idées et les mœurs du grand public ne sont pas encore mûres pour l'application rigoureuse de toutes ces mesures de prophylaxie, je crois qu'avec la propagande que je préconisais plus haut, avec l'organisation des Ligues dont je parlerai tout à l'heure, on arrivera très rapidement à l'amener à demander lui-même l'application de toutes ces mesures qu'il comprendra être non seulement des mesures de préservation sociale, mais aussi des mesures de préservation individuelle.

Je devrais maintenant parler des *logements insalubres*, dont la part est également considérable dans la propagation de la tuberculose. Au reste la nouvelle loi sanitaire en préparation s'en est fortement préoccupée et les articles de 11 à 19 s'occupent des mesures relatives aux immeubles.

Mais, là, la difficulté est peut-être encore plus grande que partout ailleurs, car la loi s'attaque aux intérêts pécuniaires des particuliers, et il y a lieu de se demander, comme tout-à-l'heure, si les maires auront toujours le courage de se mettre en lutte ouverte avec leurs électeurs. Je crois donc qu'encore sur ce point l'initiative privée arrivera plus rapidement et plus efficacement qu'une loi à avoir raison de ces logements infects où l'air et le soleil ne pénètrent jamais, et où les pauvres ouvriers vivent, entassés, dans une promiscuité épouvantable avec tous les membres de leur famille.

Enfin les Pouvoirs publics peuvent organiser la propagande de la façon suivante que je trouve très ingénieuse et que M. Calmette m'exposait dans un récent entretien que nous avions ensemble : il faudrait qu'à l'occasion de tous les actes d'Etat-Civil, déclaration de naissance, de décès, on distribuât au public des instructions prophylactiques détaillées, exposant pratiquement où est le danger et comment on peut s'en préserver. Il faudrait que les mêmes instructions soient reproduites et encartées à la première page du livret de mariage, absolument comme on a imprimé, en tête de tous les livrets de nourrices, des instructions pour l'alimentation des enfants.

Mais, maintenant, si on le veut bien, il faut nous occuper *d'assister* nos tuberculeux, car il faut bien s'en persuader, c'est par une assistance rationnelle, bien comprise et bien organisée que nous arriverons encore le plus rapidemen non seulement à sauver, à guérir un certain nombre de ces pauvres malades, mais encore et surtout, ce qui est le plus important, à faire pénétrer dans le peuple qui *verra*, toutes les saines notions hygiéniques destinées à préserver l'ouvrier et toute sa famille

Sur tous les points du globe, dans tous les pays, cette question de l'assistance des tuberculeux indigents préoccupe à juste titre le monde médical et les véritables philanthropes. Aussi avons-nous vu s'élever rapidement de nombreux sanatoriums populaires où un certain nombre de phtisiques sont soignés absolument comme les riches et y recouvrent la santé. C'est là une œuvre admirable et qu'il faut encourager et poursuivre de tous ses efforts. Mais parce que nous aurons couvert notre sol de sanatoriums, la question sociale de la tuberculose ne sera pas résolue, elle aura certes fait un grand pas en avant, mais il y aurait peut-être un moyen de la faire avancer plus rapidement vers la solution, c'est ce moyen que je veux esquisser maintenant aussi rapidement que possible.

Le phtisique de la classe ouvrière sera certes très heureux de pouvoir profiter des avantages considérables du sanatorium, mais ne l'oublions pas, derrière lui il y a sa famille qu'il voudra soutenir le plus longtemps possible, et qu'il craindra de laisser dans la misère en partant pour le sanatorium. En outre, ces phtisiques ouvriers sont légion ; comment trouver assez de place pour les soigner tous, même en supposant que les sanatoriums se multiplieraient très vite? Comment, d'autre part, faire la sélection entre ceux qui profiteront immédiatement du sanatorium et ceux qui n'en retireraient qu'un bénéfice minime ? Qui aura le courage de dire à ce pauvre ouvrier : vous ne pouvez entrer, nous ne pouvons rien pour vous, vous êtes incurable !

Oui, le sanatorium populaire est indispensable ; oui, c'est une œuvre dont il faut poursuivre avec ardeur la réalisation aussi rapide que possible ; toute la ligue anti-tuberculeuse qui ne comprendrait pas dans ses desiderata la construction de ces établissements serait, à mon sens, une œuvre incomplète, à laquelle il manquerait une tête ; mais je dirai également qu'une œuvre qui limiterait son action à l'édification de ces sanatoriums risquerait encore bien plus de voir ses efforts rester stériles, du moins ne pas être couronnés par des résultats en rapport avec les sacrifices consentis.

Il faut lire le remarquable rapport fait par notre distingué collègue M. le professeur Calmette, direc-

teur de l'Institut Pasteur de Lille, à la commission extra-parlementaire de la tuberculose, et qui vient d'être publié dans l'*Echo Médical du Nord* (8 avril 1900). On y verra comment, avec son admirable esprit scientifique, M. Calmette conçoit l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans les milieux ouvriers : tout y est prévu : la prophylaxie par la désinfection, l'assistance à domicile de l'ouvrier et de sa famille, les soins donnés grâce à l'organisation de dispensaires de quartiers, et enfin le Sanatorium régional destiné à recueillir les malades qu'y enverraient les médecins des dispensaires.

On ne peut que souscrire au plan si magistralement tracé par M. Calmette. Qu'il me permette toutefois de trouver qu'il a fait au sanatorium populaire une place un peu trop restreinte, qu'il l'a un peu trop relégué au second plan, alors que, à mon sens, son utilité égale celle des dispensaires ; le dispensaire est le complément indispensable du sanatorium et réciproquement, on ne saurait placer l'un au-dessus de l'autre. Voici comment je comprendrais l'organisation de cette double assistance :

Il faut créer dans chaque ville, dans chaque canton un ou plusieurs dispensaires (suivant le nombre des habitants) où des médecins expérimentés, après des examens approfondis et une minutieuse observation, diviseront les malades en curables et incurables.

Les curables seront envoyés dans des sanatoriums de département, dont la construction ne serait pas si onéreuse qu'on le craint. Si nous prenons le chiffre de 6.000 tuberculeux que dans le département du Nord on pourrait espérer guérir tous les ans, si nous considérons, d'après les exemples de la Suisse et de l'Allemagne, qu'un tuberculeux à la première période peut se guérir en quatre mois, qu'il ne séjourne par conséquent que quatre mois dans l'établissement, un sanatorium de cent lits pourra donc soigner 300 malades. Il faudrait donc 20 sanatoriums pour soigner les 6.000 tuberculeux, ce qui ferait une dépense d'environ 10 millions. Le chiffre est gros, c'est vrai ; mais qu'est cela, à côté des nombreuses existences épargnées tous les ans, car, ne l'oublions pas, c'est au sanatorium que se fait le meilleur traitement. Je n'ai qu'à rappeler ici les paroles de M. Roux, citées par M. Grancher (Académie de Médecine de Paris, 3 mai 1898) : « La meilleure manière de combattre et de traiter la tuberculose, c'est d'isoler les tuberculeux, parce qu'ainsi on évitera la contagion, et parce que, dans les hôpitaux spéciaux, les tuberculeux seront dans de meilleures conditions thérapeutiques ».

Quant aux tuberculeux incurables, il faudrait leur construire ou bien un hospice spécial autour des villes, ou leur installer des pavillons spéciaux dans les hôpitaux déjà existants.

L'installation des dispensaires de quartiers aura en outre pour avantage, comme l'a dit M. Calmette, de surveiller l'application de toutes les mesures prophylactiques indispensables, et, par les rapports journaliers avec les industriels, d'aller à l'usine rechercher les tuberculeux pour les pousser à se faire soigner.

Enfin il serait nécessaire de créer une caisse départementale d'assistance, caisse qui serait alimentée par l'État, les départements, les communes, les particuliers. L'œuvre anti-tuberculeuse qui comprendra ces dispensaires, ces sanatoriums, ces hospices ou ces pavillons spéciaux et cette caisse de secours, sera une œuvre absolument complète.

Oh ! je sais bien que certains seront tentés de reculer découragés devant l'immensité de l'œuvre à entreprendre, devant la lutte gigantesque qu'il y aura à soutenir, mais qu'on veuille bien se dire que, si tout cela ne peut se faire en un jour, peu à peu tout ce mécanisme sera mis totalement en œuvre, à la condition que, dès maintenant, nous tous, qui en serons les ouvriers, nous nous mettions à la fabrication des diverses pièces qui constitueront cette énorme machine de guerre destinée à terrasser le plus terrible ennemi que l'on n'ait jamais rencontré.

Voilà pourquoi je préconise non pas la création d'Associations, de Sociétés diverses *en vue de fonder des sanatoria*, mais bien la création de « Ligues antituberculeuses » qui auront pour but de lutter contre le fléau par tous les moyens que je viens d'énumérer. Si l'édification des sanatoriums est, à mon sens, la *première* étape à atteindre, c'est parce que le résultat, tout minime soit-il *au début*, est très rapidement obtenu, il est immédiatement tangible : tous peuvent le constater, et quand les ouvriers auront vu quels bons résultats ont retirés leurs quelques camarades privilégiés du séjour dans un sanatorium, ils demanderont à y entrer, et viendra un jour où les demandes dépasseront de beaucoup le nombre des places vacantes. Peu à peu les idées de curabilité, de contagiosité feront des progrès dans le peuple, et le sanatorium aura ainsi joué un grand rôle dans la prophylaxie de la tuberculose. Il n'y a qu'à lire l'admirable rapport de

M. Grancher à l'Académie de médecine pour se convaincre du rôle prophylactique du sanatorium, en dehors de son action thérapeutique.

Il faut donc créer partout des « Ligues anti-tuberculeuses ». Ces ligues doivent avoir un comité central ayant pour but de recueillir les fonds nécessaires à la lutte ; ce comité, qu'on devra toujours composer avec les plus hautes personnalités du pays sollicitera efficacement la charité privée, grâce à son autorité et sa considération; il sollicitera les secours des pouvoirs publics (Etats, communes, assemblées départementales) ; il s'abouchera avec toutes les associations de bienfaisance, les sociétés de secours mutuels, organisera des conférences populaires avec l'aide des instituteurs, des médecins et de toutes les personnes de bonne volonté, multipliera ces conférences à l'infini, les mettant à la portée du milieu où elles sont faites; sollicitera le concours des autorités académiques afin que tous les établissements d'enseignement deviennent des centres de propagande, et surtout des lieux où l'on prodiguera les leçons de choses, qui frappent tant l'imagination des enfants. Cette ligue devra aussi faire imprimer de petites instructions prophylactiques qu'elle confiera en grand nombre à tous ses conférenciers, aux médecins, qui se chargeront de les expliquer et de les répandre à profusion.

De cette façon, peu à peu on exercera une véritable pression sur l'opinion publique qui d'elle-même s'enrôlera dans l'armée combattante et peu à peu tous comprendront leurs devoirs.

En même temps, grâce aux fonds recueillis, s'élèveront des sanatoriums populaires, où l'ouvrier ne craindra plus de se rendre, d'abord parce qu'il saura qu'il va s'y guérir, ensuite parce que la caisse de secours soutiendra sa famille pendant son absence.

Quant aux incurables, on les isolera, on les rendra inoffensifs grâce aux pavillons spéciaux dans les hospices.

Dans toute cette organisation l'initiative privée a un rôle admirable, et il est à souhaiter que le mouvement anti-tuberculeux se généralise à tous les pays, et arrive rapidement à des résultats pratiques. Dans le département du Nord nous avons fondé la « Ligue du Nord contre la tuberculose », nous poursuivons tout d'abord l'érection d'un Sanatorium populaire de 100 lits, parce que nous aurons ainsi rapidement un résultat qui, frappant l'esprit du public, le fera avancer d'un grand pas dans la lutte contre la tuberculose, et, comme en même temps, nous organisons notre Ligue comme je le disais plus haut, c'est-à-dire que nous viserons aussi à la prophylaxie et à la thérapeutique par l'enseignement populaire, les dispensaires, les pavillons spéciaux pour incurables, nous comptons que notre caisse, qui commence déjà à se remplir, sera pourvue très abondamment par la charité publique, par les pouvoirs publics qui, nous l'espérons, voudront bien nous accorder leur concours financier ; alors la lutte pourra devenir complètement efficace, et nous pouvons espérer enrayer la marche sans cesse croissante de cette tuberculose, qui doit être considérée comme le pire dissolvant social.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Avril 1900

Présidence de M. Looten, président.

Inversion des organes constatée au cours d'une laparotomie.

M. **Lambret** présente un utérus et ses annexes enlevés pour annexite double suppurée compliquée de métrite ancienne et purulente chez une femme, âgée de 28 ans, qui a eu deux enfants, le dernier il y a trois ans. C'est depuis ce dernier accouchement qu'elle a éprouvé de vives douleurs dans le bas-ventre, douleurs continuelles, s'exaspérant par la marche et le travail, des troubles très marqués de la menstruation, dysménorrhée, leucorrhée mucopurulente.

A son entrée à l'hôpital, les douleurs étaient intenses, le toucher permit de constater un col gros, fongueux, un utérus immobilisé dans le bassin, les culs-de-sac très sensibles, et dans le gauche, faisant saillie, une tumeur liquide volumineuse. Par suite de l'état aigu, on la mit au repos complet pendant une quinzaine de jours avec injections chaudes fréquentes, et en maintenant la vacuité de l'intestin. Les douleurs spontanées s'atténuèrent peu à peu, mais la palpation et le toucher restèrent très pénibles.

La laparotomie, pratiquée le 23 mars, permit de constater de visu l'intensité des lésions annexielles, leur ablation fut pratiquée. Pas de suites opératoires jusqu'au troisième jour. Alors la malade se plaignit de points de côté, de frissons, et la température s'éleva à 39°. Une bronchite intense se déclara, évoluant en dix jours. Malgré une toux violente, la réunion de la paroi fut parfaite. Du côté du vagin, la plaie se cicatrisa égale-

ment très vite. Actuellement elle est complètement guérie.

Sur la pièce anatomique, on peut constater encore, au milieu l'utérus ratatiné ; à droite, l'ovaire et sa trompe au milieu d'une agglomération de fausses membranes, dues à une péritonite adhésive ; à gauche, une volumineuse poche encore pleine de pus et, en arrière la trompe très distendue, venant coiffer l'ovaire.

L'intervention permit encore à M. Lambret de constater une particularité singulière : le cœcum siégeait à gauche et l'S iliaque à droite. Quelques jours après l'opération, un examen complet de la malade montra que la grosse tubérosité de l'estomac était à droite, la rate également, le foie étant relégué à gauche. L'auscultation de la pointe du cœur le faisait percevoir également sous le sein droit.

Il est curieux de noter que c'est l'intervention qui fit déceler cette particularité anatomique.

M. Le Fort dit n'avoir jamais rencontré d'inversion des organes sur les 20.000 militaires qu'il a eu l'occasion d'examiner complètement.

M. Combemale rappelle qu'il ya deux ans un inversé fit ainsi le tour des hôpitaux de Lille, après s'être montré à tout Paris, Lyon, Montpellier, etc. ; ce lui était un moyen de se procurer de la morphine à l'hôpital et de l'argent pour en acheter une fois sorti.

M. Moty fait part à la Société d'un cas d'inversion des organes qu'il lui a été donné d'observer ; il avait remarqué une ascension du testicule gauche, comme signe d'inversion réelle et apparente. Depuis, il a recherché systématiquement, dans toutes les maladies présentant cette particularité, l'inversion des organes, mais ne l'a jamais rencontrée.

En ce qui concerne la bronchite, M. Moty note souvent chez les opérés des hôpitaux militaires qu'en période de grippe, on a souvent une moyenne d'un opéré faisant de la grippe à localisation pulmonaire sur cinq ou six opérés. Il croit pouvoir attribuer cette épidémie fréquente à la diète de deux jours suppor tée par les opérés et de l'état de réceptivité spéciale dans lequel ils se trouvent.

M. Lambret n'a jamais constaté de pareils faits dans le service de M. Folet, où pourtant on opère beaucoup de malades. Il ne veut y voir qu'une simple coïncidence.

Cancer du larynx

M. Verhaeghe présente, au nom de **M. Duvivier**, interne des hôpitaux, une tumeur du larynx recueillie sur un individu mort dans le service de M. le Professeur Combemale. Cet homme était entré à l'hôpital dans le mois de novembre 1899, présentant des troubles de la phonation et de la respiration, il mouvait difficilement la langue et parlait très péniblement. Etant donnés les symptômes d'hébétude et de somnolence que présentait le malade, on avait d'abord songé au ramollissement cérébral, bien qu'on eût déjà noté une véritable hypertrophie du larynx. Une nuit, l'interne de garde fut appelé auprès de ce malade présentant une crise de dyspnée intense, du tirage sus et sous-sternal, et des phénomènes d'asphyxie. On était sur le point de pratiquer d'urgence la trachéotomie, mais une injection de morphine et l'inhalation de quelques vapeurs d'éther suffirent pour ramener le malade dans un état quasi-normal. Une gêne de la respiration persistait cependant, ainsi que des troubles de la phonation plus accentués qu'au début. Plusieurs hypothèses furent émises alors, paralysie de la glotte, troubles dyspnéiques d'origine bulbaire, cancer du larynx.

L'examen laryngoscopique trancha la question, décelant nettement une tumeur qui avait déjà envahi les cordes vocales supérieures et principalement la glotte respiratoire. Il n'y avait d'ailleurs aucune paralysie des cordes vocales.

Un matin, devant la menace d'asphyxie, le malade fut laryngotomisé, mais, ainsi que le montrel'examen de la tumeur, le bistouri porta en plein dans le néoplasme et ce n'est qu'avec peine qu'on put introduire la canule. Dans les jours qui suivirent, celle-ci fut peu à peu rejetée par suite du développement de la néoplasie.

Le malade mourut vers la fin du mois de février dans un accès de suffocation, et l'autopsie permit de constater que la tumeur avait envahi tout le larynx, ne laissant plus de traces des cordes vocales, laissant intacte toutefois la face postérieure de l'œsophage. On ne trouva nulle part des noyaux secondaires.

Plusieurs points sont à noter dans cette observation, d'abord l'évolution rapide de la tumeur ayant enlevé le malade en cinq mois, les symptômes peu accentués présentés par le malade, l'absence de phénomènes de compression, l'absence d'hémorrhagie et de douleur.

M. Lambret fait remarquer combien le cas était favorable pour une intervention chirurgicale radicale.

M. Moty se souvient d'avoir opéré, il y a dix ans environ, un cancer du larynx n'ayant envahi qu'une corde vocale. L'ablation de la moitié gauche du larynx fût pratiquée. Le malade a survécu très longtemps à son intervention bien qu'après avoir enlevé la canule on se fût trouvé en présence d'un larynx très rétréci qu'on dut dilater avec des béniqués introduits par l'orifice externe et qu'on enfonçait avec un peu de violence.

Sur deux cas de défervescence de pneumonie en lysis

M. Combemale montre deux courbes thermiques de malades de son service, entrés tous deux en même temps pour une pneumonie franche. Chez le premier de ces malades, le plus jeune, on avait affaire à un ouvrier agricole. La dyspnée était intense, ne permettant pas d'asseoir le malade pour l'examen ; la pneumonie était localisée au sommet gauche. Elle évolua normalement jusqu'au septième jour, où commença la défervescence en lysis, défervescence qui s'accompagna de sueur continue durant trois jours. Le malade mit huit jours pour revenir à une température normale.

Chez le second malade, plus âgé, la pneumonie se localisa dans le lobe inférieur gauche, évoluant sans aucune dyspnée, sauf au septième jour. Puis, tout comme le premier malade, il commença une courbe en lysis lente, accompagnée durant trois jours de moiteur continue et marquée.

Chez ces deux malades la pneumonie fut bien nette, bien caractéristique, présentant tous les symptômes cliniques. En plus de la notion d'épidémicité, une seule chose rapprochait ces deux malades, leur état de déchéance organique assez avancé. Leur courbe thermique ressemble à s'y méprendre à celle d'une fièvre typhoïde à ses deux derniers septénaires.

M. Moty a observé un certain nombre de pneumonies dans l'épidémie actuelle, dont la fin de la courbe était en lysis, mais qui récidivaient fréquemment.

M. Combemale a également observé deux cas anologues dans sa clientèle privée.

M. Looten fait remarquer, à la suite de M. Mariau, combien la pneumonie franche, sous l'invasion de la grippe depuis dix ans, a perdu de ses caractères de naguère ; la clinique de la pneumonie a été en quelque sorte remaniée sous cette influence.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

M. Schlumberger a cité dans le *Journal des Savants* du mois de septembre, un curieux extrait d'un manuscrit byzantin, que reproduit la *Chronique médicale*. L'auteur du manuscrit ne paraît pas avoir eu à se louer de la médecine et des médecins de son temps, comme le prouve le passage suivant :

« Prie Dieu que tu ne tombes pas entre les mains d'un médecin même des plus savants, car il ne te dira jamais ce qu'il faut. Si ta maladie est sans gravité, il exagérera outre mesure et te dira : « Il te faut prendre des herbes bien coûteuses, mais je te guérirai tout de même. » Puis, ayant pris tout ton argent, il te dira qu'il n'y en a pas assez encore pour toutes les drogues que tu dois prendre... Donc, si tu tiens à ne pas tomber entre ses mains, mange à ta faim à chacun de tes repas ; mais évite les festins, les longs soupers... Fais maigre de temps en temps, et tu te porteras bien sans médecin. Rends-toi compte des causes de la maladie dont tu souffres. Si tu t'es refroidi réchauffe-toi. Si c'est d'avoir trop mangé, pratique l'abstinence. Si cela vient de trop de fatigue ou de t'être exposé au soleil, repose-toi et tu guériras avec l'aide de Dieu. Ne te mets jamais de cataplasmes sur le ventre, cela te ferait du bien pendant trois à quatre jours, mais ensuite tu iras plus mal... Fais-toi saigner trois fois par an, en février, en mai et en septembre, exactement. »

(La Médecine moderne).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le concours pour trois places de *médecin-adjoint des asiles d'aliénés* dans la région du Nord s'ouvrira à Lille le lundi 21 mai sous la présidence du docteur Regnard, inspecteur général au Ministère de l'Intérieur. Les juges désignés pour ce concours sont MM. les docteurs Martinenq, directeur-médecin à l'asile de Dury (Somme) ; Vernet, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; Gallopain, médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse). M. le docteur Pilleyre, de l'asile de Premontré (Oise), est juge suppléant.

M. le professeur Combemale a été délégué, par la faculté de médecine de Lille, pour être le cinquième juge de ce concours, pour lequel de nombreux élèves de la faculté de Lille sont inscrits.

UNIVERSITÉ DE LILLE

A l'unanimité de 14 votants, le Conseil de la Faculté de Médecine de Lille a présenté pour la **chaire de pharmacie** vacante, en première ligne : M. le docteur Deroide, agrégé des facultés ; en seconde ligne, M. le docteur Fockeu.

— Nous apprenons avec plaisir la promotion au grade de médecin-major de 2e classe de M. le docteur Mariau, aide-major au 16e chasseurs, désigné pour le 120e de ligne à Péronne (Somme). Avec ses regrets de le voir quitter Lille, l'*Echo médical* lui adresse ses félicitations pour cet avancement au choix.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Angers. — M. le docteur Martin est chargé d'un cours d'histologie en remplacement de M. le professeur Bahuaud, en congé.

Limoges. — M. le docteur EYMERI est chargé d'un cours de physiologie en remplacement de M. le professeur THOUVENET, en congé.

Lyon. — M. le docteur NICOLAS est nommé chef des travaux de médecine expérimentale et comparée, en remplacement de M. le docteur COURMONT, nommé professeur.

HOPITAUX DE PROVINCE

Limoges. — M. le docteur DESCAZALS est nommé, après concours, suppléant des Hôpitaux civils.

Legs aux hôpitaux. — M. CREVAT-DURANT, qui vient de mourir à Fontainebleau, lègue une somme de 300.000 fr. à l'hôpital de cette ville, 100.000 fr. à l'Institut Pasteur et 150.000 fr. à l'hôpital des enfants tuberculeux d'Ormesson.

M. GODELIEZ-BOIVIN, qui vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-sept ans, a laissé une somme de 2 millions aux hospices de Cambrai. Indépendamment de cette somme, le généreux testateur a donné à la Ville deux vastes habitations afin d'y construire une maison de refuge pour des dames âgées dans une situation digne d'intérêt.

Distinctions honorifiques

La **Médaille d'honneur des épidémies** vient d'être décernée à MM. le docteur DIET, de St-Nazaire (Loire-Inférieure), et BRUNET, externe à l'hôpital des enfants de Bordeaux.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BIDAULT, d'Evreux (Eure); MILNE-EDWARDS, directeur du Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut de Paris; BOTTEY, de Divonne (Ain).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

16me SEMAINE, DU 15 AU 21 AVRIL 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	6
3 mois à un an	5	7
1 an à 2 ans	6	2
2 à 5 ans	»	1
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	7	7
40 à 60 ans	7	5
60 à 80 ans	11	10
80 ans et au-dessus	»	3
Total	46	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	»	5	1
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	1	»	»	2	1
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Total	»	3	»	»	1	2	»	2	15	7

Répartition des décès par quartier	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	4	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	2	»	»	3	»	»	»	»	»	5	17	10
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	2	»	»	»	»	»	4	10	20
Wazemmes, 36,782 hab.	6	»	»	3	»	»	»	»	»	5	16	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1	»	»	1	»	»	»	»	»	6	13	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	8	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	8	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	5	5
Total	10	»	»	12	1	»	»	1	»	36	90	122

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 173. Quatrième Année. N° 18. Le Numéro : **10** centimes. 6 Mai 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS, 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Congrès de Naples contre la Tuberculose

Tous les peuples sont aujourd'hui entraînés dans la lutte ardente contre l'extension effroyablement progressive de la tuberculose. Partout les pouvoirs publics s'émeuvent des déchets infligés chaque année par le fléau. Le Congrès qui vient de se réunir à Naples est une des étapes les plus remarquables de cette croisade antituberculeuse et c'était une bien grande joie pour tous ceux qui s'occupent de cette question de voir réunis là cette foule de médecins et de philanthropes, échangeant les idées les plus généreuses et montrant quel immense courant s'est aujourd'hui établi dans tout l'univers en faveur des phtisiques nécessiteux.

Le Roi et la Reine d'Italie avaient tenu à prendre une part effective à cette réunion de savants du monde entier, et la séance d'inauguration du Congrès, le mercredi 25 avril, a prouvé, par son imposante et grandiose manifestation, avec quelle sollicitude les puissants du jour entendent venir au secours des malheureux décimés par le terrible Mal.

C'est au théâtre San-Carlo qu'a eu lieu cette séance d'ouverture. Le cadre merveilleux de la salle ajoutait encore, si possible, à la solennité et l'on trouvait là réuni tout ce que l'Italie compte de plus illustre dans son aristocratie et dans son monde savant. Toutes les puissances étrangères s'étaient fait représenter et parmi les Français on remarquait : MM. les professeurs LANNELONGUE, LANDOUZY, RICHET, de Paris ; ARLOING et COURMONT, de Lyon ; PÉNIÈRES, de Toulouse, et AUSSET, de Lille.

Après des discours remarquables du professeur BACCELLI, ministre de l'Instruction publique et Président du Congrès, du Syndic de la ville de Naples, du Recteur de l'Université de Naples, du professeur de RENZI, notre éminent compatriote, le professeur LANNELONGUE, a pris la parole au nom de la délégation française et, par son allocution vibrante, a soulevé les applaudissements chaleureux de la salle tout entière. Si l'espace nous le permettait, nous voudrions pouvoir reproduire son remarquable discours ; nous en citerons seulement les passages les plus applaudis :

« Le patronage que Sa Majesté la Reine d'Italie, dit le professeur LANNELONGUE, a daigné accorder à ce Congrès, lui donne une autorité et une valeur morale dont nous sommes aussi profondément touchés que sincèrement émus. Quelle est la femme qui, de près ou de loin, parmi les siens ou dans ses affections, n'a pas eu à ressentir les douleurs et les tristesses apportées par un

mal si difficile à guérir ? Quelle est la mère qui n'éprouvera pas une émotion de douce gratitude envers la Souveraine dont les pensées et la haute influence sont venues encourager et fortifier l'activité de savants de tous les pays mus par un seul mobile, celui de faire le plus de bien possible à tant de situations malheureuses, à tant de cruelles infortunes? Que cette Souveraine daigne aujourd'hui recevoir l'expression de nos hommages aussi profondément respectueux que reconnaissants.

» Monsieur le Président du Congrès, toutes les Universités françaises ont tenu à honneur d'être représentées au Congrès de Naples. C'est vous dire la part que compte prendre la France à vos travaux, témoignant par là de ses vives sympathies pour l'Italie, qui ne datent pas d'un jour, de la haute estime en laquelle elle vous tient, vous d'abord et tous les savants venus à cette Assemblée. Veuillez donc recevoir nos remercîments pour l'invitation que vous nous avez adressée et à laquelle nous avons été heureux de répondre avec le plus affectueux empressement. »

C'est au palais Maddaloni qu'ont eu lieu les diverses réunions scientifiques du Congrès. Quatre sections furent organisées : la première comprenant l'étiologie et la prophylaxie ; la seconde, la clinique ; la troisième, la thérapeutique, et la quatrième, les sanatoriums. Le professeur LANNELONGUE a été nommé Président d'honneur du Congrès.

C'est le professeur de GIOVANNI (de Padoue) qui préside la première section, avec, comme secrétaire, le professeur L. LUCATELLO; nos compatriotes ARLOING, de Lyon, et AUSSET, de Lille, ont été nommés Présidents d'honneur de cette section.

Parmi les communications très applaudies et très remarquées de cette section nous noterons : celle du professeur GIOVANNI, sur la prédisposition à la tuberculose ; du professeur LANNELONGUE, sur l'influence du climat au point de vue de la résistance à la tuberculose ; du professeur SANTOLIQUIDO, directeur de l'Office sanitaire royal, sur la déclaration obligatoire ; du professeur SANARELLI, de Bologne, sur la contamination dans les voitures de chemin de fer, et sur la nécessité de la désinfection fréquente de ces voitures. Notons aussi la communication de notre collègue, le docteur AUSSET, que nous avons publiée *in extenso* dans notre numéro du 29 avril. A la suite de cette communication, les professeurs GIOVANNI et SANTOLIQUIDO ont pris la parole pour s'associer aux conclusions de M. AUSSET ; c'est surtout le *livret de santé* réclamé par notre collègue pour toutes les habitations, qui a paru comme devant être, dans l'avenir, un des moyens prophylactiques les plus efficaces.

D'autres communications très nombreuses ont été également faites par d'autres savants sur les divers points de la prophylaxie de la tuberculose, mais il n'entre pas dans le cadre de notre journal d'en fournir le détail. Nous dirons seulement qu'il résulte des opinions émises que les Pouvoirs publics ont le devoir de prêter l'efficacité de leur secours à l'initiative privée, afin d'obtenir le plus rapidement possible des résultats satisfaisants

C'est sous la présidence du professeur MARAGLIANO, de Gênes, que se sont effectués les travaux de la deuxième section.

Le professeur LANDOUZY, de Paris, nommé président d'honneur de cette section, y a fait une remarquable communication sur le diagnostic précoce de la tuberculose. C'est surtout sur ce diagnostic précoce et sur les signes du tout premier début que tous nos confrères ont pris la parole dans cette séance. Nous avons vu vanter par beaucoup les bons résultats de la tuberculine en ce qui concerne le diagnostic précoce.

La troisième section, présidée par le professeur DE RENZI, a été, il faut bien le dire, la plus pauvre en discussions. Nous en sommes encore à rechercher le spécifique de la tuberculose et toutes les médications employées jusqu'à ce jour ne peuvent être que de bons adjuvants dans certaines circonstances. En revanche la cure hygiéno-diététique est celle qui nous a encore donné les meilleurs résultats. Dans ce sens nous noterons l'intéressante communication du professeur A. RUBINO, de Naples, et celles de nos concitoyens HÉRARD DE BESSÉ, de Beaulieu-sur-Mer, et BRUNON, de Rouen.

Enfin les organisateurs du Congrès avaient fondé une quatrième section, sous la présidence du professeur CAPOZZI, de Naples, où l'on devait discuter sur les sanatoriums

Les travaux de cette section se sont ouverts par un remarquable discours du Président sur la nécessité de construire de nombreux sanatoria. Il a montré les bons résultats obtenus dans les divers établissements édifiés dans ce but, et il a insisté sur le rôle prophylactique considérable joué par le sanatorium. C'est une école d'hygiène et les élèves qui en sortent deviennent d'excellents professeurs. En outre les guérisons nombreuses que l'on y obtient sont autant d'individus conservés à la mère-patrie.

Nous constatons avec plaisir que dans cette section les travaux des Français ont tenu une place très brillante.

MM. DUMAREST et GUINARD, de Lyon, ont très vivement intéressé le Congrès par l'exposé de leur Œuvre lyonnaise antituberculeuse, ils ont obtenu un véritable succès d'enthousiasme quand ils ont montré les admirables résultats qu'on obtient avec l'initiative privée.

M. le D[r] AUSSET, de Lille, après avoir parlé de la Ligue antituberculeuse fondée dans le Nord, du fonctionnement de cette Ligue qui poursuivra une œuvre thérapeutique et prophylactique à la fois, a montré l'avantage que les tuberculeux retiraient de la Cure *fermée* plutôt que de la Cure *ouverte*. Il a conclu à l'édification du plus grand nombre possible de sanatoriums. Ces sanatoriums, on peut les édifier partout, à la condition essentielle de se mettre au milieu d'un air pur et à l'abri du vent. Il a démontré, en outre, qu'on ne peut songer à les construire près des grands centres industriels. D'ailleurs, nous publions aujourd'hui même *in-extenso* la communication de M. AUSSET sur les Sanatoriums.

MM. MALIBRAN et APPENZELLER nous ont apporté la description du remarquable établissement qu'ils viennent de faire élever à Gorbio.

Enfin, M. SERSIRON, un jeune lutteur déjà bien connu, nous a exposé l'organisation de l'Œuvre qu'il a fondée à Paris. Il a été très applaudi et très félicité.

En résumé, le Congrès de Naples a été une superbe réunion scientifique. Tous y ont apporté la contribution de leur expérience personnelle pour l'organisation de la lutte antituberculeuse ; tous en sont partis encore plus ardents et plus déterminés à faire face au fléau. Les travaux ont été clôturés par la constitution d'une Commission internationale de la tuberculose, comprenant : pour la France et l'Italie, MM. les professeurs LANNELONGUE et BACCELLI ; pour l'Allemagne, le Duc de RATIBOR; avec faculté de s'adjoindre de nouveaux membres en nombre égal pour chaque nation. Qu'il nous soit permis en terminant d'adresser toutes nos félicitations aux organisateurs de ce Congrès. Tout y a été admirablement réglé, et ce n'était pas une mince difficulté, si l'on pense qu'il y avait plus de 1.200 congressistes venus de tous les points de l'Italie et de tous les pays. Une grande partie de l'honneur du beau succès remporté par ce Congrès revient, c'est incontestable, au professeur Alf. RUBINO, de Naples, le dévoué secrétaire-général, auquel nous adressons ici tous nos remercîments pour la cordialité avec laquelle nous avons été reçus.

Les Sanatoria
Leur nécessité et leurs avantages
Le choix de leur emplacement

Par le D[r] **E. Ausset**,
professeur agrégé, chargé de la Clinique des maladies des Enfants à l'Université de Lille (1).

Il semblerait que, devant les résultats obtenus depuis déjà longtemps par la cure hygiéno-diététique de la tuberculose, il ne soit plus nécessaire, dans une assemblée de médecins, de reprendre cette question des sanatoria, et de s'efforcer de démontrer les avantages considérables que retirent les malades du séjour dans ces établissements. Et cependant ce sujet est toujours d'actualité, même devant une assistance d'élite intellectuelle comme celle devant laquelle j'ai l'honneur de parler ; c'est pour cela que je voudrais aussi rapidement que possible démontrer que le Sanatorium est une nécessité, qu'il n'y a pas de comparaison possible à établir entre un traitement fait à domicile et celui appliqué dans un Sanatorium, qu'autant on a de chances d'échouer dans le premier cas, autant on en a de réussir dans le second. Je voudrais aussi rappeler que le Sanatorium n'a que des avantages et qu'il n'a aucun inconvénient. J'aurai ainsi, je l'espère, répondu à un groupe d'adversaires, ceux qui dénient toute supériorité au Sanatorium ; il est vrai de dire que les médecins qui composent ce groupe deviennent tous les jours de moins en moins nombreux.

Il me restera ensuite à rechercher si l'on peut construire un Sanatorium en n'importe quel pays, s'il est un climat indispensable pour effectuer cette cure de la tuberculose; je répondrai ainsi à un autre groupe d'opposants qui ne veulent soigner leurs malades que dans les climats méridionaux ou dans les climats d'altitude.

Air pur, repos, suralimentation : Ces trois termes de la cure hygiénique de la tuberculose semblent, n'est-il pas vrai, d'une excessive simplicité et on est tout naturellement porté à penser qu'un traitement aussi élémentaire doit pouvoir s'appliquer partout, à la campagne par exemple. Prenons un milieu intelligent, un malade connaissant bien sa situation, persuadé de la nécessité qu'il y a pour lui de se soigner, possédant une fortune nécessaire pour s'installer et vivre confortablement dans l'inaction, ne pensant

(1) Communication faite au Congrès international de la Tuberculose de Naples (25-28 avril 1900).

qu'à se suraérer et à se suralimenter ; eh bien, ce malade ne pourra-t-il pas faire sa cure chez lui, dans une villa, à la campagne par exemple, et obtenir aussi bien sa guérison que s'il avait été se soumettre à la discipline du sanatorium ?

Oui, c'est incontestable, placé dans ces conditions, ce malade pourra guérir. J'ai déjà observé plusieurs fois dans ma clientèle de ces guérisons à domicile, et certainement beaucoup de mes confrères pourraient en citer autant. Mais si l'on rencontre souvent des familles aisées, capables de procurer à leur malade tout le bien-être nécessaire pour effectuer sa cure, on rencontre beaucoup plus rarement, même dans ce milieu, des gens suffisamment énergiques et à l'esprit assez ouvert pour comprendre toute la rigueur rationnelle du traitement et pour l'appliquer impitoyablement jusqu'au bout ; on trouve rarement des malades qui, au milieu de leur famille, ont l'énergie et la patience nécessaires pour aller jusqu'au bout du traitement ; les défaillances se produisent fréquemment, surtout lorsque le malade sent moins son mal, lorsqu'il est en voie de guérison.

D'autre part, il est beaucoup de familles qui, par leur situation sociale, pourront bien sacrifier l'argent nécessaire à l'envoi de leur malade dans un sanatorium ; mais il leur serait impossible d'abandonner leur commerce, leur industrie, et de se transporter à la campagne pour se consacrer entièrement au traitement de leur parent.

Enfin je n'ai pas besoin de faire remarquer que pour les petits employés, pour les ouvriers, le sanatorium est absolument indispensable ; ceux-là ne trouveraient pas chez eux les moyens de se soigner.

Mais, si vous le voulez bien, prenons le cas le plus favorable à la thèse de ceux qui prétendent qu'on peut se soigner aussi bien ailleurs que dans un sanatorium, c'est-à-dire le cas d'une personne très aisée, riche, dans un milieu intelligent, connaissant bien le danger qui la menace. Supposons aussi cette personne confiée aux soins d'un excellent médecin, sachant parfaitement appliquer dans tous ses détails le traitement hygiéno-diététique. Je veux montrer que, même dans ces conditons extrêmement favorables, où l'on peut, j'en conviens, observer assez souvent des guérisons, mais conditions que l'on rencontre encore assez rarement toutes réunies, je veux montrer, dis-je, que, même dans ces cas, le Sanatorium conserve une grande supériorité.

Et d'abord, n'est-il pas vrai, un des avantages les plus considérables du Sanatorium est le rôle prophylactique indéniable que personne ne peut lui refuser. Tous ceux qui ont été en contact avec des malades soignés dans des Sanatoriums ont pu se convaincre que non seulement on en sortait guéri ou avec une santé améliorée, mais encore ils y recevaient une éducation hygiénique spéciale, et quittaient l'établissement plus instruits et parfaitement armés pour la lutte. Le phtisique qui sort du Sanatorium, qu'il soit guéri ou simplement amélioré, a contracté des habitudes de propreté qu'il va transporter dans son milieu, qu'il va imposer à tout son entourage ; il deviendra à son tour un éducateur, et, non seulement il ne sera plus dangereux pour les autres, mais encore il contribuera, dans une large part, à organiser la lutte contre la tuberculose, en montrant, à tous ceux qu'il fréquentera désormais, qu'il ne faut jamais cracher sur le sol.

Si l'on considère ce rôle prophylactique, on est tout surpris, en y réfléchissant bien, de l'importance considérable qu'acquéreraient dans ce sens les Sanatoriums *populaires*.

En effet, non seulement c'est dans le milieu ouvrier que l'on trouve le plus de tuberculeux, mais encore, il faut bien le dire, c'est dans ce milieu que l'hygiène est la plus défectueuse, c'est là surtout que la contamination sevit largement, parce qu'aucune précaution n'est jamais prise, et aussi parce que l'encombrement et l'insalubrité des locaux créent un terrain éminemment favorable à la pullulation des germes. Or, le phtisique pauvre qui a passé plusieurs mois au Sanatorium en revient transformé non seulement au point de vue de sa santé, mais aussi au point de vue hygiénique. Il n'y a qu'à voir ce qui se passe en Suisse et en Allemagne pour être convaincu de cette transformation.

Au point de vue de la cure et de son application rigoureuse, le sanatorium présente des avantages considérables.

Voyons, par exemple, la *cure d'air* pratiquée à domicile ou dans un établissement fermé. D'abord on arrivera assez difficilement à faire comprendre aux familles qu'une fenêtre doit toujours rester ouverte, nuit et jour, quelque temps qu'il fasse ; en été, au printemps, on écoutera encore volontiers le médecin, mais en hiver il faudra lutter énergiquement pour obtenir du malade et des parents que les fenêtres restent ouvertes malgré la pluie, le froid, le vent, etc...

A chaque instant la sollicitude mal appliquée, l'excès de tendresse d'une mère fera craindre un refroidissement et cette mère se dira que ce n'est pas parce que l'air ne sera pas renouvelé pendant quelques heures que la cure sera compromise. Le médecin aura beau multiplier les recommandations, prêcher avec toute son ardeur, user de toute son influence, on l'écoutera, on sera même disposé à lui obéir, mais dès qu'il sera parti on se relâchera, et, comme il n'est pas là pour veiller à l'exécution de ses prescriptions, on les violera à chaque instant. Les partisans de la cure libre auront beau nous dire qu'ils se font forts d'obtenir autant de discipline que dans un sanatorium, nous aurons le regret de penser qu'ils se font illusion, car, après tout, nous avons vu par nous-même aussi souvent qu'eux, nous avons eu à soigner des malades qui ne pouvaient ou qui ne voulaient pas aller au sanatorium, et nous avons pu nous rendre compte des différences considérables dans l'application du traitement.

D'ailleurs quelle que soit la situation sociale d'un malade, il ne trouvera jamais dans son habitation ou dans un hôtel l'installation parfaite que l'on rencontre dans les établissements construits *spécialement* en vue de la cure de la tuberculose. Dans une maison particulière on agence, on s'installe du mieux que l'on peut, mais on ne peut modifier l'exposition de la maison, son orientation, son abri du vent.

Et pour la *cure de repos*, les différences sont peut-être encore plus frappantes. Je veux citer en quelques mots l'observation d'une jeune fille de 18 ans que je soigne actuellement *dans sa famille*, observation bien typique pour la thèse que je soutiens :

Il y a deux ans, en juin 1898, les parents m'amenèrent cette jeune fille parce qu'elle était anémique et qu'elle toussait. On était loin de se douter du péril, car le médecin traitant avait laissé la famille dans une sécurité trompeuse. Je trouvai des signes de tuberculose bilatérale, 1re période d'un côté, début de ramollissement de l'autre. Je crus de mon devoir de jeter le cri d'alarme, le cas était encore curable, il fallait donc pour lutter que tout le monde sût à quel ennemi il avait affaire. Je ne pus imposer le sanatorium, l'enfant ne voulait pas y aller, et la famille, ne pouvant accompagner la malade, ne sut pas se résoudre à laisser partir leur fille. J'instituai donc la cure à la campagne près de Lille. Tant que le danger fût éclatant, imminent pour tout le monde, tout marcha à merveille, l'amélioration s'obtint très vite et quatre mois après la malade ne crachait presque plus, les bacilles étaient devenus rares dans ses crachats, et le poids était passé de 97 livres à 111 livres.

Mais à partir de ce moment, *comme on ne sentait plus son mal*, comme la famille ne s'apercevait plus de la maladie qui, incontestablement, *ne se voyait plus pour un profane*, elle ne fit plus que médiocre attention à mes recommandations et à mes prescriptions toujours aussi rigoureuses, on se relâcha, et il m'arriva de rencontrer ma malade, dans la rue, le matin à 8 heures, se rendant à la messe, se promenant quelquefois par tous les temps, et hier encore je l'ai vue aux Courses de Lille, exposée à un véritable vent de tempête qui soulevait des nuages épais de poussière bien faits, vous le pensez bien, pour faire un excellent pansement sur ses lésions pulmonaires. Aussi avec ce système-là nous en sommes toujours à la première amélioration, la malade n'est pas guérie ; à chaque imprudence elle retombe un peu, je la relève, mais *dès qu'elle va mieux, dès qu'elle ne sent plus son mal*, elle recommence à se soustraire à la rigueur du traitement. Et pourtant ce n'est pas faute qu'elle ait affaire à un médecin convaincu de l'excellence du traitement hygiénique ; je m'épuise en recommandations, en discours même poussés au noir, on part de chez moi pétri d'excellentes intentions, qui, huit jours après, se sont envolées.

Eh bien, c'est là, malheureusement, l'histoire habituelle de la plupart des malades qui se soignent à domicile, j'en ai vu déjà pas mal d'exemples, alors qu'au contraire de tels faits ne se produisent jamais au Sanatorium.

Ici le malade est soustrait à l'influence de sa famille ; tous ses mouvements sont contrôlés à tous les instants par le médecin qui relève les défaillances et remet dans le droit chemin.

La cure d'alimentation n'est également bien faite d'une façon continue, précise et régulière que dans un Sanatorium, Au reste comme l'appétit, et par suite la facilité de la suralimentation, est intimement lié à la cure d'air et à la cure de repos, il s'ensuit que là où la suraération et le repos seront effectués dans les meilleurs conditions, le malade s'alimentera d'une façon plus efficace pour sa guérison.

La grande supériorité du Sanatorium est incontestablement la surveillance permanente des malades par le médecin Tous les détails, si multiples et pour-

tant si importants, de la cure, sont réglés avec soin, appliqués d'une façon méthodique; rien n'est laissé au hasard et au caprice des malades qui, dans ce milieu, ne peut jamais commettre une imprudence, se permettre un écart sans qu'immédiatement on ne s'en aperçoive. Dans les familles, dans une station ouverte, au contraire, allez donc empêcher votre malade de se rendre à une fête, au spectacle, de sortir le soir quand il y aura des attractions particulières ; la tentation est évidemment trop forte pour qu'il soit possible d'y résister.

Mais il y a encore quelque chose de plus grave, surtout si l'on veut comparer le Sanatorium aux différentes stations ouvertes où les malades vont se soigner, croyant trouver dans un climat quelconque des propriétés antituberculeuses quelconques.

Un certain nombre de ces malades vont non seulement chercher la santé dans ces stations, mais ils s'y rendent pour les plaisirs variés qu'ils y rencontrent ; et combien n'en rencontrons-nous pas qui ne prennent même pas la peine d'y consulter un médecin. Ils prétendent qu'ils savent ce qu'on va leur prescrire, et qu'ils n'ont besoin de personne pour appliquer le traitement. Et les malheureux, ils croient se soigner parce qu'ils couchent la fenêtre ouverte et qu'ils restent dans la journée une heure ou deux étendus sur une chaise longue ; ils croient se soigner en passant leurs après-midi en parties de plaisir ou sur les promenades et leurs soirées dans les salles de spectacle. Ceux-là sont dangereux non seulement pour eux-même, mais surtout pour leurs voisins, car ils crachent partout où ils sont et répandent de tous côtés les sources d'infection.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que rien de semblable ne se passe dans les Sanatoriums. Bien mieux, il résulte des observations faites depuis que ces établissements fonctionnent qu'on n'a jamais vu s'y produire de cas d'infection, pas plus que dans la population environnante du reste.

On sait qu'il y a dans les Sanatoriums un personnel domestique très nombreux, que, d'autre part, beaucoup de parents accompagnent leurs malades ; eh bien, Knopf, qui a fait une enquête sur ce point, n'a relevé qu'*un seul cas* où une infirmière est devenue tuberculeuse. Mais il convient d'ajouter immédiatement qu'elle avait déjà perdu par la phtisie des membres de sa famille, et que, par conséquent, elle avait bien pu se contaminer avant d'entrer dans l'établissement. Detweiler, de son côté, note que 223 personnes accompagnèrent quelques-uns des 1325 malades qui passèrent dans son Sanatorium pendant 10 ans et séjournèrent avec eux tout le temps ou pendant la plus grande partie de la cure. Sur ces 223 personnes, 9 °/₀ environ, la plupart des anémiques, eurent besoin de soins médicaux. Parmi ces dernières, aussi bien que parmi celles qui étaient tout-à-fait saines, ayant séjourné 6 mois et plus dans l'établissement, on n'a jamais observé l'éclosion d'une tuberculose. Il est évident qu'on ne peut qu'être très frappé de ces résultats si on les compare aux cas très nombreux de contagion observés chez les infirmiers dans les hôpitaux où l'on ne prend aucune mesure prophylactique.

Les Sanatoriums ne sont pas non plus dangereux pour les populations voisines. Je trouve, dans la remarquable thèse de Beaulavon, des documents importants sur ce point. A Gœrbersdorf, où existent trois Sanatoriums dont deux très grands, la phtisie y a diminué depuis la fondation de ces établissements. De 1780 à 1854, 30 individus de Gœrbersdorf (c'est un petit village) sont morts de tuberculose pulmonaire, soit 0,40 par an. De 1854 à 1880, époque pendant laquelle 10.000 phtisiques ont fréquenté le Sanatorium et ont eu des rapports fréquents avec la population, il n'est mort en tout de phtisie que 5 habitants, soit 0,18 par an. De plus, il faut faire remarquer que pendant ces 26 dernières années la population de Gœrbersdorf a doublé.

A Falkenstein, la phtisie donnait 4 pour mille de mortalité dans la population du village avant le Sanatorium ; depuis l'ouverture de l'établissement, elle est descendue à 2,4.

Ces chiffres sont frappants et proviennent certainement de la propagande par le fait auprès des habitants du pays, qui se trouvent là en contact avec une véritable école d'hygiène. Peut-on en dire autant pour les stations ouvertes ! !

En résumé les Sanatoriums n'ont que des avantages; ils n'ont aucun inconvénient. Là, *plus que partout ailleurs*, on y guérit la phtisie.

La conséquence toute naturelle de ce que je viens de dire, c'est qu'il faut construire le plus possible de ces établissements. Mais, me dira-t-on, tous les pays, tous les climats peuvent-ils convenir pour leur édification ?

Je pourrais répondre en deux mots : Il existe des

sanatoriums dans toutes le régions les plus diverses, depuis 150 mètres au-dessus du niveau de la mer (Rehburg) jusqu'à 1850 mètres, (Arosa). Or, si l'on étudie attentivement et consciencieusement les résultats obtenus dans ces divers établissements, on constate qu'ils sont très sensiblement les mêmes.

La conclusion qui découle nécessairement de cette constatation c'est que ni l'altitude, ni le climat n'ont d'influence prépondérante, et que les guérisons sont évidemment dues à d'autres facteurs.

Une condition essentielle, primordiale, de la bonne installation d'un sanatorium, une des conditions les plus favorables à la guérison de la tuberculose, c'est la *pureté de l'air*. C'est justement cette recherche de la pureté de l'air qui avait fait tout d'abord se diriger exclusivement vers les altitudes. Il est incontestable, en effet, que plus l'on s'élève plus l'air devient pur, privé de germes, aseptique. Mais cette pureté on peut la trouver ailleurs, on peut presque la créer, sans pour cela être obligé d'aller se soumettre à l'action de l'air raréfié de l'altitude qui, s'il a, dans beaucoup de circonstances, une influence favorable, produit dans d'autres cas les effets les plus désastreux.

En ville, la mortalité par tuberculose est vraiment effrayante ; à la campagne elle est moitié moindre. Pourquoi ? Parce qu'à la campagne la population est beaucoup moins dense, l'air n'est pas vicié, et souvent des rideaux d'arbres verts viennent souvent encore assainir l'atmosphère. Plaçons donc nos tuberculeux à la campagne, et recherchons des forêts, d'épais rideaux d'arbres qui nous permettront encore de filtrer l'air qui arrivera jusqu'aux malades et par conséquent de l'assainir pour ainsi dire à son maximum.

Point n'est besoin de se mettre à la recherche des altitudes ; la plaine est souvent aussi bonne ; en tous les cas, on peut dire que dans certaines circonstances l'altitude est nuisible, la plaine ne l'est jamais. Or le « *primo non nocere* » doit présider à tous nos actes médicaux. Combien de phtisiques ne peuvent supporter l'altitude ! J'en ai connu qui descendaient de la montagne dans un état de faiblesse extrême, leur affection semblait avoir progressé d'une façon considérable ; il leur fallait la plaine qui, bientôt, remettait tout en place. Ceux dont le cœur souffre déjà de l'intoxication tuberculeuse, les nerveux, les emphysémateux, les fébriles à réaction très vives, les anémiques s'acclimatent très difficilement en altitude. Enfin j'ai vu une jeune femme qui présentait des hémoptysies à chaque fois qu'elle revenait dans la plaine ; elle dut se soumettre à un climat sédatif, tout à fait en plaine, et ne présenta plus jamais d'accidents. Au reste ce fait a été signalé par bien d'autres auteurs.

Cette pureté de l'air, que l'on recherche avant tout pour la cure de la tuberculose, explique aussi pourquoi il est absolument indispensable de faire construire les sanatoriums *le plus loin possible* des grands centres et surtout des centres industriels. On s'est même attaché à placer ces établissements (Falkenstein, Hohenhonnef, Nordrach, Leysin, etc., etc...) près de petits villages, nécessaires au ravitaillement, mais où n'existe aucune cause de poussière, de fumée. Dans beaucoup d'établissements même on emploie l'électricité dans TOUS les services afin d'éviter toute fumée, toute poussière.

Il serait donc téméraire de vouloir construire des sanatoriums *autour* des villes et *près* de ces villes. J'insiste sur ce point parce que je sais que certains médecins prêchent ces constructions suburbaines et je dirai même qu'à l'occasion de l'œuvre que nous avons créée dans le Nord un certain courant, oh ! bien petit, s'est établi en faveur de ces installations près des villes. Je demande instamment au Congrès et aux grandes autorités scientifiques qui sont à sa tête, d'émettre le vœu qu'aucun sanatorium ne soit construit près des grandes agglomérations, près des grands centres industriels.

Une autre condition des plus importantes à remplir quand il s'agit de construire un Sanatorium, c'est de le placer à l'abri du vent. Le vent est le grand ennemi du tuberculeux, d'abord parce qu'il entrave la large respiration. Il est de notoriété courante, je dirai même populaire, que lorsqu'il fait du vent on a, pour parler vulgairement, la respiration coupée, c'est-à-dire que les inspirations sont très courtes ; or il faut au phtisique une irrigation, un lavage d'air énorme de son poumon, si je puis m'exprimer ainsi.

En outre les vents se font le véhicule de toutes les poussières et de tous les germes qu'ils portent ainsi très loin. C'est là encore une raison impérieuse de s'éloigner le plus possible des grands centres ; un Sanatorium trop rapproché d'une grande ville risque à chaque instant de recevoir, par le vent, les poussières industrielles ou autres venant de cette ville. Partout et toujours, quel que soit le Sanatorium, qu'il soit situé en altitude ou en plaine, on s'est préoccupé de proté-

ger les malades des vents violents. Cette protection est très bien réalisée par un épais rideau d'arbres voisin du Sanatorium.

Enfin il faudra rechercher un sous-sol perméable de façon à permettre l'écoulement rapide des eaux ; ou bien le sol devra être très en pente de façon à ce que ces eaux puissent facilement s'écouler grâce à un bon drainage.

En résumé, pour construire un Sanatorium, il faudra choisir un pays sain, où la mortalité est relativement faible, et où la population est très peu dense. Il faudra, de toute nécessité, s'éloigner de tout centre industriel, chercher un endroit bien abrité des vents, grâce à une forêt ou à des accidents de terrain. Le sous-sol devra être très perméable ou très facilement drainable.

Dans tout pays où l'on trouvera réunies ces conditions, l'on pourra pratiquer la cure rationnelle de la tuberculose et par suite construire des sanatoriums. Ces conditions sont très faciles à rencontrer dans toutes les régions de la France et des autres pays ; j'estime donc que l'on doit multiplier partout les sanatoriums. On évitera ainsi la nécessité de faire entreprendre un long voyage aux tuberculeux, voyages toujours très onéreux, et qui au reste sont mal acceptés par les familles qui sont ainsi trop séparées de leurs parents. Que si, au contraire, on crée partout des sanatoriums, les malades iront plus volontiers ; ils se sauront à proximité de leurs familles ; celles-ci auront le loisir d'aller les voir plus souvent, et, par suite, n'offriront plus tant de résistance pour les laisser partir.

La conséquence sera que les tuberculeux se soigneront rationnellement d'une façon plus précoce et ils seront par suite dans de meilleures conditions pour guérir. Le nombre des malades soignés dans les sanatoriums augmentant, le nombre de ceux imbus d'excellents principes hygiéniques augmentera du même coup, et non seulement on aura fait faire un grand pas à la thérapeutique de la tuberculose, mais encore on aura fait beaucoup pour la prophylaxie.

Péritonite à streptocoque

Par le docteur **Lambret**

MM. Milian et Herrenschmidt, interne lauréat et interne des hôpitaux de Paris, ont récemment publié dans la *Presse Médicale* (n° du 21 Mars), une observation intitulée : Péritonite à streptocoque. Leur malade était une jeune fille apportée à l'hôpital dans un état général très grave ; elle avait le visage tiré, les extrémités froides, le pouls filiforme, une température de 36°5 et une diarrhée abondante et fétide ; elle se plaignait de maux de tête et de douleurs dans l'abdomen ; le ventre était ballonné et sensible. Cette maladie durait depuis une huitaine de jours et avait débuté par une angine rapidement dissipée. Les auteurs pensèrent à une fièvre typhoïde avec collapsus cardiaque d'origine myocardique. L'autopsie révéla une péritonite suppurée dont l'agent microbien était le streptocoque seul. Tous les organes étaient dans un état d'intégrité absolue. Après la mort de la malade on apprit des parents, « *l'existence antérieure de vomissements porracés avec constipation opiniâtre.* »

Les auteurs font suivre cette observation des remarques suivantes : « 1° les péritonites indépendantes des lésions des organes abdominaux sont rares en dehors de la tuberculose.

2° Cette péritonite aiguë qu'on pourrait appeler primitive, si l'on s'en tenait au simple examen anatomique, paraît être une infection propagée de l'amygdale. En faveur de cette hypothèse plaident les raisons suivantes : A) l'angine préalable révélée par l'anamnèse ; B) la nature uniquement streptococcique du pus péritonéal.

3° Il est bon d'opposer cette forme septique de la péritonite à streptocoques où les symptômes locaux sont atténués à la péritonite à pneumocoques, toute en réaction péritonéale. »

A la première de ces remarques nous ne pouvons que souscrire ; tout le monde reconnaît d'ailleurs que les péritonites dites primitives tendent à disparaître des cadres nosologiques depuis que nous avons appris à trouver les perforations intestinales, les infections de l'appendice, des organes génitaux, etc., etc., à l'origine des inflammations du péritoine.

L'assertion de MM. Milian et Herrenschmidt, qui attribuent cette péritonite, primitive d'apparence, à une infection propagée de l'amygdale, nous engage à publier l'observation suivante qui concerne un cas de péritonite due également au seul streptocoque ; elle a été recueillie dans le service de notre excellent maître le professeur Folet et rédigée d'après les notes de M. Hèze, interne de service.

La malade, V..., Eugénie, 19 ans, habitant Marcq-en-Barœul, est amenée d'urgence à l'hôpital, le mardi

19 décembre 1899. Le samedi précédent, ses règles étant à leur fin, elle changea de linge et se lava avec de l'eau absolument glacée (il gelait à pierre fendre à cette époque). Quelques heures après, en se rendant à son travail, elle fut prise subitement d'une violente douleur dans le ventre et ses souffrances étaient tellement intenses qu'on fut obligé de la reconduire chez elle. M. le Dr Masson, qui la vit le lendemain matin, alors que ses douleurs étaient un peu moins vives, ordonna un purgatif qui resta sans effet ; et bientôt comme l'état général s'aggravait, il engagea la famille à transporter la malade à l'hôpital. Je la vis quelques instants après son entrée ; elle avait un facies déjà péritonéal, un état général qui commençait à devenir mauvais, le ventre légèrement ballonné et très douloureux à la palpation ; elle avait des vomissements verdâtres et porracés, le pouls petit à 120, une température de 38 et depuis le samedi absence complète de selles, mais peut-être pas de gaz ; sur ce dernier point elle n'était pas très affirmative. En raison de l'intensité et de la brusquerie de la douleur du début, de l'hyperesthésie généralisée à tout le ventre, malgré l'absence de selles, j'écartai, après m'y être arrêté un instant, l'hypothèse d'une occlusion intestinale et je portai le diagnostic de péritonite.

Le toucher vaginal me prouvait l'intégrité des annexes, la palpation de la fosse iliaque droite et l'interrogatoire de la malade démontraient que la région de l'appendice n'était pas plus douloureuse que le reste du ventre et ne l'avait été à aucun moment, je songeai à la possibilité d'une péritonite par perforation. Je fis porter la malade à la salle d'opération et pratiquai la laparotomie avec l'aide du Dr Masson. Le péritoine incisé, il s'écoula une certaine quantité de liquide louche, et les anses intestinales apparurent rouges, un peu dilatées et couvertes de ci, de là, de quelques fausses membranes ; l'appendice était sain, les annexes l'étaient également ; l'estomac, le duodénum, la vésicule biliaire ne portaient trace d'aucune perforation ; très perplexes sur la cause de cette péritonite, nous déroulâmes tout l'intestin, sans trouver aucune solution de continuité ; nous devons dire que sur la partie terminale de l'iléon, deux taches d'apparence ecchymotique, de la grandeur d'une pièce de un franc, attirèrent notre attention. Force nous fut, après avoir fait un grand lavage à l'eau salée, drainé les flancs et le petit bassin, de refermer le ventre, en quelque sorte bredouilles, puisque la cause de l'infection du péritoine nous échappait.

La malade lutta encore quatre jours contre cette infection et mourut le 23 décembre, dans l'après-midi.

A l'autopsie nous ne fûmes pas plus heureux, nous ne pûmes que constater l'intégrité des organes abdominaux et autres.

Le liquide abdominal, examiné et cultivé à l'Institut Pasteur par notre collègue Painblan, renfermait le streptocoque à l'état de pureté. Les taches plus foncées de la paroi intestinale aperçues au cours du déroulement de l'intestin furent remises à M. le professeur Curtis ; l'examen histologique montra des tuniques intestinales absolument normales, sans la moindre effusion sanguine qui pût permettre d'émettre l'hypothèse d'une contusion passée inaperçue.

Cette observation paraît bien être un cas de péritonite primitive, jusqu'à nouvel ordre, bien entendu ; et la même qualification pourrait être applicable à celle de MM. Milian et Herrenschmidt, si ces auteurs ne notaient chez leur malade l'existence d'une angine comme premier symptôme. Mais nous demandons si on est bien autorisé à invoquer l'existence du streptocoque dans le pus du péritoine, pour conclure à une infection propagée de l'amygdale ? Nous avouons que nous avons peine à admettre qu'une simple angine présentant une durée de deux ou trois jours, puisse donner naissance à une péritonite mortelle. Dans le cas que nous venons de rapporter, aucune infection même légère ne nous a été signalée ; une explication analogue ne pourrait donc être admise. N'est-il pas préférable de reconnaître que quelque chose nous échappe encore à l'heure actuelle dans la compréhension parfaite de ces faits : la voie de pénétration du microbe. A ce compte, en effet, il nous semble que ce genre de péritonite serait plus fréquemment observé, car les angines sont le pain quotidien de la médecine courante (1).

En ce qui concerne la troisième remarque de MM. Milian et Herrenschmidt, qui ont observé un malade *in extremis*, notre observation montre que la péritonite à streptocoques donne parfaitement naissance à des symptômes péritonéaux aussi marqués que ceux de la péritonite à pneumocoques ; nous rappelons d'ailleurs que leur malade a mis huit jours pour mourir de sa péritonite et cette évolution relativement longue n'est pas, croyons-nous, la caractéristique des formes septiques.

Variétés & Anecdotes

Quelle éducation donner au médecin ? Libérale ou pratique

Un discours, prononcé le 15 janvier 1900, à une réunion solennelle de la Société médicale *Isis*, à Munich, et publié par la *Deutsche Revue*, soulève une question qui a déjà vivement occupé les esprits en France. Le docteur Büchner s'y demande quelle éducation on doit donner à un medecin, libérale ou pratique ? Jusqu'ici, on a toujours pensé que la médecine était une carrière libérale. Mais il faut penser qu'un médecin est un personnage complexe : il est, à la fois, un savant et un praticien. Le praticien ne serait-il pas excellemment formé par une éducation purement professionnelle, où les sciences physiques et naturelles tiendraient la première place ? Le docteur Büchner n'est pas de cet avis. Il combat la prépondérance des sciences naturelles par un argument qui leur est emprunté, spécieux d'ailleurs, et qui paraît nouveau. « Hœckel, dit-il, a posé,

(1) Nous n'osons pas davantage invoquer dans notre cas, l'action de l'eau froide, car les ablutions froides, même à la fin des règles, sont des pratiques très répandues.

comme principes de l'ontogénèse, cette loi que le développement de chaque individu était comme un raccourci de l'histoire de l'espèce. Ainsi, une science doit jouer dans l'éducation de l'un de nous le rôle qu'elle a joué dans l'éducation de l'humanité. Or, il est certain que les sciences physiques, qui sont les dernières venues..., n'ont guère servi encore à la formation de l'esprit. Elles ne sauraient donc revendiquer le principal rôle dans l'éducation, même d'un médecin... » Cet argument souffre sans doute réplique. Mais il est curieux que les naturalistes considèrent la valeur éducative comme un droit historique, et que la plus nouvelle des sciences, et la plus hardie, soit en ce cas, à son propre détriment, la plus conservatrice.

(*Débats*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Aux élections pour le renouvellement des membres du **Conseil supérieur de l'Instruction publique**, les Facultés de Médecine ont nommé : MM. les professeurs Brouardel, de Paris, par 243 voix ; Abelous, de Toulouse, par 171 voix contre 72 à M. le doyen Caubet ; les Ecoles primaires supérieures de pharmacie, M. le professeur Moissan, de Paris, par 59 voix contre 18 à M. Schlagdenhauffer, de Nancy.

XIIIe Congrès International de Médecine

Pendant la durée du Congrès international de Médecine (du 2 au 9 août), les membres du Congrès auront droit à l'*entrée gratuite* à l'Exposition. — Une carte spéciale leur sera délivrée, à cet effet, dans les Bureaux du Congrès au moment de l'ouverture de la session.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Lundi 18 Juin 1900, à neuf heures du matin, il sera ouvert un **concours public** pour la nomination de deux élèves internes titulaires et trois élèves internes provisoires, appelés à faire le service des Hôpitaux et Hospices de Lille.

Ce concours aura lieu à l'Hôpital Saint-Sauveur, devant un jury présidé par un des membres de la Commission Administrative des Hospices.

Aussitôt après leur nomination, les internes titulaires et internes provisoires devront faire alternativement un stage d'un mois à la Pharmacie centrale des Hospices pour se familiariser avec le service.

Pour être admis à concourir, les élèves devront justifier: 1° Qu'ils sont Français; 2° Qu'ils ont obtenu le certificat de validation de Stage officinal ; 3° Ils devront, en outre, s'engager à faire au moins un an de service actif dans les Hôpitaux.

Ils devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration, rue de la Barre, 41, deux jours au moins avant le 18 Juin.

En se faisant inscrire, ils devront déposer un certificat de bonnes vie et mœurs, récemment délivré soit par le Maire de leur résidence, soit par le chef de l'Ecole où ils auront fait leurs études.

Les épreuves du concours seront établies d'après le programme ci-après :

A). Epreuve écrite sur un sujet de Pharmacie chimique ou galénique pris dans le programme. Trois heures seront accordées pour cette épreuve.

B). Epreuve de reconnaissance de 20 produits employés en Pharmacie, simples ou employés. Cinq minutes seront accordées aux candidats.

C). Epreuve orale de 10 minutes sur les questions inscrites au programme. Dix minutes de réflexion seront accordées aux candidats.

Les internes sont nommés pour 3 ans. Sur la proposition du chef de service, une quatrième année pourra leur être accordée. Les internes titulaires reçoivent :

La première année, 500 fr.; les autres années, 600 francs.

Les internes provisoires recevront l'allocation lorsqu'ils remplaceront les internes titulaires, même pendant un jour.

PROGRAMME

1. Posologie des principaux médicaments. Doses toxiques et contre-poisons.
2. Appareils et méthodes employés dans les opérations pharmaceutiques.
3. Eaux distillées. Huiles essentielles.
4. Alcoolats, alcoolatures, teintures.
5. Vins et vinaigres médicinaux.
6. Sucs végétaux, extraits.
7. Sirops et mellites.
8. Glycérés, pommades, emplâtres et onguents.
9. Huiles médicinales.
10. Considérations générales sur l'asepsie et l'antisepsie. Pansements antiseptiques.
11. Généralirés sur l'hydrogène, l'oxygène et l'eau. Eaux distillées, eaux minérales et eaux potables. Analyse qualitative et quantitative des eaux potables par la méthode du Comité Consultatif d'Hygiène de France.
12. Chlore, brome, iode. Composés oxygénés et hydrogénés employés en pharmacie. Procédés de recherches et de dosage des chlorures, bromures et iodures et hypochlorites.
13. Soufre. Composés oxygénés et hydrogénés usuels. Caractères spécifiques des sulfures, des hypo-sulfites, des sulfites et des sulfates. Recherche et dosage de l'hydrogène sulfuré et des sulfates.
14. Généralites sur l'azote et ses principaux composés oxygénés et hydrogénés. Caractères spécifiques des azotates et des sels ammoniacaux. Dosage de l'azote sous des différents états.
15. Phosphore et ses composés en général. Réactions des hypophosphites et des phosphates. Recherche du phosphore. Dosage de l'acide phosphorique.
16. Arsenic et antimoine. Généralités sur leurs composés employés en pharmacie. Caractères distinctifs. Réactions spécifiques. Recherches et dosages.
17. Carbone, bore, silicium. Composés utilisés en phar-

macie. Caractères spécifiques des silicates, des borates, des carbonates et des cyanures. Dosages de l'acide carbonique et cyanhydrique.

18. Potassium, sodium, lithium. Composés utilisés en pharmacie. Réactions caractéristiques. Alcalimétrie. Dosage de la potasse et de la soude.

19. Calcium, magnésium, strontium, baryum. Composés utilisés en pharmacie. Réactions caractéristiques. Dosages.

20. Zinc, cuivre, argent. Composés usuels. Réactions caractéristiques. Dosage.

21. Étain, plomb, bismuth. Composés usuels. Réactions caractéristiques. Dosages.

22. Fer, aluminium, chrome, magnésie. Composés usuels. Réactions caractéristiques. Dosages.

23. Mercure. Composés usuels. Réactions caractéristiques. Dosages.

24. Carbures d'hydrogène. Notions théoriques élémentaires. Acétylène, éthylène, formène, chloroforme iodoforme. bromoforme. Essence de térébenthine, terpine, benzine, naphtaline.

25. Alcools en général : Notions théoriques élémentaires. Alcool éthylique, alcool méthylique, alcool amylique. Glycérine. Glucoses, saccharoses et hydrate de carbone. Nitrocelluloses. Sulfonal.

26. Phénols. Considérations générales. Phénol proprement dit ou acide phénique. Salol, thymol, benzonaptol, résorcine, gaïacol, pyrogallol, créosote.

27. Glucosides en général. Amygdaline, digitaline, convolvuline, glycerrhizine, quassine.

Ethers. Notions théoriques élémentaires. Chlorure de méthyle. Bromure d'éthyle, Iodure d'éthyle. Nitrite d'amyle. Trinitrine. Ether acétique. Ether proprement dit. Théorie de l'éthérification. Acide sulfovinique et sulfovinates. Ethers de la glycérine. Corps gras employés en pharmacie.

29. Aldéhydes en général. Aldéhyde formique. Aldéhyde éthylique. Chloral. Camphre du Japon. Bromure de camphre.

30. Acides organiques. Notions théoriques élémentaires. Caractères spécifiques des acides organiques employés en pharmacie. Saccharine. Emétiques. Tannin, santonine, cantharidine.

31. Alcaloïdes. Caractères et réactifs généraux. Morphine. Codéine. Quinine. Emétine. Caféine. Strychnine. Brucine. Atropine. Hyoscyamine. Aconitine. Pilocarpine. Vératrine. Cicutine. Esérine. Spartéine. Cocaïne. Réactions d'identité.

32. Ferments solubles. Considérations générales. Diastase, Pepsine, Papaïne. Pancréatine. Peptones.

33. Analyse des farines. Analyse du pain.

34. Analyse du lait.

35. Analyse du vin, du vinaigre et de la bière.

36. Essais et dosages pharmaceutiques. Opium. Quinquina, pepsine, miel, huiles d'olives, huile de foie de morue. Calomel. Sous nitrate de bismuth. Kermès. Perchlorure de fer. Sulfate de quinine. Benzoate de soude.

37. Analyse des vases d'étain et des étamages.

38. Analyse des charbons : Cendres, matières. Charbon fixe. Pouvoir calorique.

39. Analyse des savons.

40. Analyse qualitative et quantitative de l'urine : Recherche de l'albumine, du glucose et des pigments biliaires. Dosage de l'albumine et du glucose. Dosage de l'urée, de l'acide phosphorique, du chlore et de l'acide urique. Dosage de l'azote total par le procédé Kjeldahl. Caractères microscopiques des sédiments.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. A.-M.-V. PLATEL, de Lille (Nord) a soutenu, le samedi 5 mai, sa thèse de doctorat (6me série, n° 1) intitulée : **Une méthode de traitement des fractures.**

M. J.-L.-T. DEFOUILLOY, d'Ecoust-sur-Mein (Pas-de-Calais), a soutenu, le samedi 28 avril, sa thèse de doctorat (6me série, n° 1), intitulée : **Etude clinique de la putréfaction utérine et de la physométrie.**

Nous relevons dans les récentes **promotions dans le cadre du corps de santé militaire** comme intéressant notre région, la nomination de MM. les docteurs RAVENEZ, médecin principal de 2e classe, désigné comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice d'Amiens ; ROUGET, médecin-major de 1re classe, désigné pour le 150e d'infanterie, à Mézières-St-Mihiel ; RICOUX, médecin-major de 1re classe, désigné pour le 127e d'infanterie, à Valenciennes.

Parmi les **mutations dans les officiers du corps de santé militaire** qui intéressent notre région, nous notons : les affectations de MM. les docteurs MILLET, principal de 1re classe à la direction du service de santé du 3e corps, à Amiens ; PRIEUR, médecin-major de 1re classe, aux salles militaires de l'hospice d'Amiens ; BARBÈS, médecin-major de 1re classe au 33e d'infanterie, à Arras ; TOUSSAINT, médecin-major de 1re classe aux salles militaires de l'hospice de St-Mihiel ; JETTE, médecin-major de 2e classe au 4e cuirassiers, à Cambrai ; MANOHA, médecin-major de 2e classe à la direction du 1er corps d'armée, à Lille ; WATELET, médecin-major de 2e classe au 16e bataillon de chasseurs à pied, à Lille.

Distinctions honorifiques

Sont nommés **officiers d'Académie**, MM. les docteurs ROCHER, de Rouen ; GRAVERRY, de Meaux ; DERCHEN, de Nantes ; LEJEUNE, de Dijon ; DAMOURETTE-CORVISART, de Troyes ; DE CHAPPELLE, de Bordeaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.—Ont été élus *associés étrangers* : MM. les docteurs Behring, de Marbourg (Allemagne) ; Golgi, de Pavie (Italie) ; Tlanus, d'Amsterdam (Hollande) ; Pawloff, de Saint-Pétersbourg (Russie).

Société de thérapeutique. — Ont été nommés *membres titulaires* : MM. les docteurs Fiquet, Hirtz, Renou, A. Renault ; *membres correspondants* : MM. les docteurs Balestre, Moriez, de Timowski (de Nice).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Longuet, médecin principal de 2e classe de l'armée, à Alger, Couénon, Mareux et Verdière, médecin-major de 2e classe ; Apostoli, de Paris ; Armenville, de Paris ; Maffre, du Monestier (Tarn).

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie,* par J. Saulieu et Dubois, internes des hôpitaux de Paris, 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er Janvier. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Le troisième fascicule vient de paraître.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du journal.

Quelques aperçus sur la tuberculose considérée comme graine et comme terrain, par le docteur Sénac-Lagrange, *Paris,* Carré et Naud, 1900.

Conférence sur la supériorité intellectuelle et la névrose, par le professeur J. Grasset. *Montpellier,* Coulet, 1900.

Climat et eaux minérales d'Angleterre, par le docteur A. Labat, J.-B. Baillière, 1900.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

17me semaine, du 22 au 28 Avril 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	14	2
3 mois à un an	5	4
1 an à 2 ans	3	1
2 à 5 ans	1	2
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	2	»
20 à 40 ans	24	5
40 à 60 ans	8	11
60 à 80 ans	11	10
80 ans et au-dessus	»	5
Total	70	41

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	4	8	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	3	»	1	»	»	8	»	»	»	1	»	3	18	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	»	»	3	»	»	1	»	»	2	12	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	6	6	2	»	»	2	»	»	1	1	»	5	24	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	2	8	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	1	»	»	2	1	»	»	»	»	6	14	18
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	4	3
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	5	1	2	»	»	»	»	»	1	»	»	5	14	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3
Total	»	1	»	1	»	»	»	3	20	11	11	»	»	23	1	1	3	3	»	31	111	125

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 174. Quatrième Année. N° 19. Le Numéro : **10** centimes. 13 Mai 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CHOLÉRA D'ANVERS

Par le docteur **E. Trétrôp**,
Directeur de l'Institut bactériologique des Hôpitaux civils d'Anvers

Les observations cliniques relatées dans ce travail ont été faites en 1892. Il en est de même de la majorité des autopsies. Les études bactériologiques datent de 1892, 1893 et 1894.

Par suite d'un ensemble de circonstances indépendantes de notre volonté, ce travail ne voit que très tardivement le jour.

Attaché, dès l'apparition du choléra, au service des malades cholériques institué à l'hôpital Stuivenberg d'Anvers, sous la direction du médecin en chef M. PINNOY, nous avons assisté à la genèse de l'épidémie, nous l'avons étudiée de près chaque jour, nous l'avons pour ainsi dire vécue, habitant nous-même en 1892, dans l'enceinte de l'Hôpital.

***

Origine de l'épidémie cholérique en Belgique. — En 1848 et 1859, le choléra avait été importé en Belgique par son principal port marchand : Anvers. Il était à prévoir que les épidémies ultérieures nous arriveraient également par cette ville. Les ports sont généralement les voies d'entrée des maladies épidémiques telles que la peste et le choléra. Ce fut le cas en 1892.

Le 15 août 1892, un navire français, le *Saint-Paul*, du Havre, importait les premiers cas de choléra en Belgique. Avant cette date nous étions indemnes. Six jours plus tard le *Nérissa*, venant de Hambourg, nous contaminait à son tour. A peu d'intervalle, Anvers recevait des germes cholériques d'origine française et d'origine allemande.

Le 15 août 1892, jour de l'arrivée du *Saint-Paul*, un matelot de ce navire était transporté à l'hôpital Stuivenberg. Il y mourait au bout de huit heures, après avoir offert tous les symptômes du choléra sec à marche foudroyante. Le 17 août, second matelot hospitalisé, emporté de la même manière. Deux jours plus tard, on nous amenait deux matelots du même navire. La mort survenait en moins de dix heures. Des cinq matelots du *St-Paul*, un seul échappait comme par miracle.

Une lingère d'Anvers (1) qui avait lessivé le linge du *St-Paul* était le premier habitant de la ville frappé du fléau. Les ouvriers qui avaient été employés au déchargement du navire tombaient victimes à leur tour. Nous pûmes ainsi établir la filiation des premiers cas.

D'Anvers le choléra se répandit dans tout le royaume en empruntant les canaux et les lignes des chemin de fer.

Le canal de la Campine, la voie ferrée Anvers-Bruxelles furent les premières voies de propagation vers l'intérieur du pays. Et il y eut bientôt des cas de choléra dans toutes les provinces de la Belgique.

Ainsi qu'il n'arrive que trop fréquemment en pareil

(1) La fille de cette lingère, qui aidait sa mère dans son travail, succomba au choléra quelques jours plus tard.

cas, — l'épidémie de peste d'Oporto nous en a fourni un nouvel exemple, — il fut assez difficile au début de faire admettre par les autorités que le choléra s'était établi dans nos murs.

S'appuyant sur son expérience clinique du choléra de 1866, sur le résultat de nos autopsies et de nos recherches microscopiques, le médecin en chef M. PINNOY, affirmait avec nous *dès le début* que la maladie importée était à n'en point douter le choléra asiatique.

Nous fîmes l'autopsie du premier cas. Et dès le 20 août nos recherches bactériologiques étaient formelles. Le 24 du même mois M. VAN ERMENGEM confirmait l'existence des bacilles cholériques dans les selles riziformes d'un des malades décédés à Stuivenberg, que nous avions autopsié en sa présence.

A Anvers, le choléra décima d'abord les matelots et ceux qui travaillaient au port. Les débardeurs notamment payèrent un fort tribut au fléau.

Puis le mal se répandit loin du port et il rencontra des conditions propices à son développement dans les impasses populeuses et les maisons malpropres et encombrées. Il atteignit toutefois également un certain nombre de personnes de la classe aisée vivant dans de bonnes conditions d'hygiène. Mais ces atteintes furent tardives et clairsemées.

Importé en août 1892, le choléra eut son maximum d'intensité à Anvers en août-septembre et il parut s'éteindre fin novembre. Mais il se réveilla sur place l'été suivant en juillet 1893 au milieu des bassins, ainsi que nous le verrons tantôt. Ce choléra de reviviscence eut une origine hydrique des plus manifestes. En 1893, le choléra fit le maximum de victimes du commencement d'août à fin septembre ; en octobre les cas devinrent rares, toutefois le 15 octobre il y eut 7 cas avec 5 décès le lendemain Puis il s'établit comme une intermittence en décembre. Des cas isolés se produisirent çà et là en janvier 1894, notamment chez quelques personnes qui vivaient dans l'aisance. Une recrudescence se manifesta en juillet-août dans la classe laborieuse du port. Et ce ne fut qu'au mois d'octobre 1894 que le choléra quitta définitivement Anvers (1). Il n'y eut plus à partir de cette époque le moindre cas de choléra.

Recherches bactériologiques. — Il n'existait en 1892 aux hôpitaux civils d'Anvers pas même un modeste embryon de laboratoire bactériologique. Nous improvisâmes dans un cabinet voisin d'une salle réservée aux cholériques un petit service rudimentaire, d'où sortit l'année suivante l'institut bactériologique actuel.

Les méthodes de recherche des vibrions cholériques sont trop connues pour que nous les exposions dans ce travail. Nous nous bornerons à indiquer la marche générale suivie et à relater les particularités intéressantes.

Le premier matelot du *Saint-Paul* fut reçu par nous. Nous fîmes son autopsie et l'examen microscopique *post mortem* du contenu intestinal, les selles ayant manqué pendant la vie. Les cultures ne furent point instituées pour la raison qu'en fait d'appareils de recherche, il n'existait à l'hôpital qu'un microscope remisé soigneusement dans une armoire à instruments de la salle d'opération.

Nous nous mîmes à l'œuvre pour préparer des milieux nutritifs, pour les stériliser comme nous pûmes, et dès le 20 août 1892, nous possédions des cultures pures de vibrions cholériques d'Anvers dont les générations se sont perpétuées depuis au laboratoire.

Dès qu'un cholérique était amené à l'hôpital, les premières déjections émises étaient l'objet d'une recherche complète : examen microscopique immédiat et cultures.

Le résultat de ces recherches joint à celui de l'examen clinique déterminait le diagnostic.

En cas de doute, le sujet était placé, à son arrivée, dans une salle d'observation. Le résultat de la recherche bactériologique décidait de son maintien dans cette salle ou de son transfert dans une salle de malades cholériques.

Si le malade succombait au choléra sec, l'autopsie suivie de la recherche bactériologique avait lieu le plus tôt possible après la mort. Cette recherche était également instituée pour les cadavres transportés de la ville à la morgue de l'hôpital.

Nous fûmes ainsi appelés à rechercher le vibrion cholérique dans les déjections ou le contenu intestinal de 256 personnes en 1892, 119 en 1893 et 52 en 1894.

Indépendamment de ces recherches, la Commission médicale de la province d'Anvers demanda la recherche pour des sujets de diverses localités. Environ 600 recherches de vibrions cholériques nous furent réclamées au cours de ces trois années.

En général la présence du vibrion cholérique fut aisément constatée à l'examen direct. Celui-ci fut toujours contrôlé par la culture. Plus rarement la culture seule permettait de trouver le bacille cholérique au milieu d'une foule d'autres colonies bactériennes.

A l'Hôpital Stuivenberg, le vibrion de Koch fut trouvé, en 1892, 180 fois au cours de 256 recherches ; en 1893, 99 fois sur 119 recherches ; en 1894, 43 fois dans 52 cas examinés.

Les sujets hospitalisés qui ne fournirent point de bacilles cholériques à l'analyse complète ne furent point comptés comme malades cholériques. Ils furent traités, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dans les salles d'observation. Ils ne présentèrent d'ailleurs que des symptômes bénins, parfois d'ordre purement subjectif. Il est à noter qu'aucun

(1) La dernière recherche bactériologique à l'hôpital eut lieu le 28 septembre 1894.

d'eux ne succomba. Cette absence de mortalité parmi les malades dont les déjections ne renfermaient point le vibrion cholérique est intéressante à noter (1).

Généralement le vibrion cholérique existait en abondance dans les selles et l'examen direct d'un peu de ces matières écrasées entre deux lamelles et colorées à la fuchsine anilinée permettait en quelques minutes un diagnostic fort probable. On voyait en maints endroits les virgules cholériques se suivant à la file comme des poissons dans l'eau, selon l'expression de R. Koch.

Dans certaines déjections intestinales, le vibrion cholérique existait pour ainsi dire à l'état de pureté presqu'à l'exclusion d'autres microbes.

Pour l'isoler nous avons eu recours, en 1892, à l'ensemencement sur plaques de gélatine des matières intestinales convenablement diluées. Les années suivantes, en y joignant l'ensemencement sur tubes d'agar en série placés à l'étuve à 37°, nous avons pu obtenir un isolement plus rapide. Lorsqu'il y avait peu de virgules cholériques, nous les faisions préalablement multiplier dans de larges cristallisoirs garnis de bouillon simple ou de bouillon gélatiné mis à l'étuve selon la méthode usuelle.

Spirilles du choléra d'Anvers de 1892 obtenues directement des déjections par le procédé décrit page 207.

Un procédé plus simple qui nous a constamment réussi pour les mettre rapidement en évidence, consistait

(1) En juillet 18[illegible], il fut impossible de déceler le vibrion cholérique chez une femme qui succomba au milieu de symptômes cholériformes. A l'autopsie, les lésions étaient celles du choléra.

exposer à une température de 30° les déjections en nature sans addition d'aucune sorte dans un vase de grand diamètre permettant un large accès à l'air ; l'ouverture du vase était protégée contre les poussières atmosphériques. Déjà après 7 à 8 heures, les vibrions formaient à la surface une mince pellicule grisâtre constituée par un véritable feutrage d'organismes cholériques. Rien n'était plus aisé de les recueillir à l'aide de l'anse de platine promenée à plat sur la surface et de procéder aux examens directs et aux ensemencements. Nous avons obtenu fréquemment par ce procédé de longues spirilles débarrassées de germes étrangers. L'une des photographies annexées à ce travail représente une préparation de spirilles cholériques obtenues directement des selles par ce procédé, (voir page 207).

En fait de bactéries associées au vibrion cholérique, nous avons rencontré par ordre de fréquence : le coli communis, le lactis aerogenes, de gros streptocoques, plus rarement le pyocyanique.

Dans un cas de choléra foudroyant de 1894, qui amena



Formes géantes et formes habituelles de vibrions cholériques d'Anvers (cas foudroyant de 1894).

la mort en 4 heures, les selles glaireuses, comme du frai de poisson, très peu abondantes : une trentaine de centim. cubes, d'odeur caractéristique très prononcée renfermaient à l'exclusion d'autres bactéries, des vibrions cholériques énormes. Une virgule géante incurvée en demi-cercle des préparations (1) de ce cas de choléra, mesure en largeur 1,5 μ à 2 μ et en longueur 6,5 μ à 7 μ. Déployée en bâtonnet, une de ces virgules aurait 9,3 μ de longueur, près d'un centième de millimètre. Ces dimensions représentent six à sept fois la longueur des virgules ordinaires et trois et quatre fois leur épaisseur. A côté de ces formes géantes, on aperçoit les formes habituelles et des formes intermédiaires (1).

Il est à noter que les cas de choléra d'Anvers ont fourni beaucoup de variétés morphologiques. Il y avait des bacilles cholériques minces et faiblement incurvés, d'autres courts et trapus. Certains cas fournissaient uniquement de très longues spirilles formées de vingt-cinq à trente virgules réunies et parfois davantage ; d'autres enfin offraient de nombreuses formes en S, en ?, en ∽, en σ, et plus rarement des formes en boule.

Les caractères de culture sur gélatine, agar, lait, pomme de terre, etc., sont trop connus pour y revenir ici. Notons seulement de légères différences entre des vibrions de provenances diverses.

Un vibrion isolé en 1893 des déjections d'un malade de Duffel (province d'Anvers) coagulait le lait lentement. Sur les autres milieux il se développait comme le vibrion cholérique type. Les spirilles géantes du cas de choléra foudroyant de 1894 cité plus haut coagulaient le lait en quarante-huit heures.

Au point de vue de l'indol, les cultures en eau peptonisée de vibrions d'origine différente ensemencés à la même dose sur milieux identiques et placés le même nombre d'heures à l'étuve à 37° fournissaient une réaction variable en intensité. Un bacille cholérique d'Anvers isolé en 1892 ne donnait qu'une réaction indo-nitreuse pour ainsi dire nulle. Les vibrions géants de 1894 ne donnaient presque pas d'indol. Des travaux ultérieurs ont démontré que la réaction dénommée « Cholera Roth » n'avait rien de spécifique (2).

Sur pomme de terre, la couleur de la culture variait également dans de larges limites, de la teinte café au lait ou brune à une teinte jaunâtre et parfois même blanchâtre.

Ensemencés par piqûre sur tubes de gélatine normale, les vibrions isolés se comportaient approximativement de même, sauf un vibrion provenant des déjections d'un malade de Rethy (province d'Anvers). Ce vibrion cholérique authentique creusait la gélatine le long de la piqûre d'ensemencement sans la liquéfier. La liquéfaction ne survenait que très tardivement à la température de la chambre, parfois seulement après trois ou quatre semaines et parfois la gélatine se creusait jusqu'au fond du tube sans être liquéfiée. Les autres caractères étaient ceux du vibrion cholérique.

On n'attache d'ailleurs aujourd'hui plus qu'une importance restreinte à certains caractères isolés pour identifier une espèce microbienne. La forme et les caractères de culture d'une seule et même espèce varient dans de

(1) Nous avons montré ces préparations à M. Metchnikoff, en 1894.

(1) Voir la photographie ci-jointe.

(2) *Sanarelli*. Les vibrions intestinaux et la pathogénie du choléra (Annales de l'Institut Pasteur. Mars 1895).

trop larges limites. On se base sur l'ensemble des caractères.

L'action sur le bacille cholérique du sérum des animaux immunisés contre ce microbe ne fut mise en lumière par Pfeiffer et Issaef qu'en 1894 (1). Elle ne suffit pas non plus d'ailleurs à elle seule pour caractériser une espèce cholérique ; elle peut même conduire à des résultats erronés (2).

L'action pathogène des cultures cholériques sur les animaux de laboratoire a été variable. Certaines cultures réensemencées sur tubes d'agar immédiatement après leur isolement des déjections de malades et placées vingt heures à 37° tuaient le cobaye en moins de douze heures par inoculation intra péritonéale de 0,25 c. c. à 0,1 c. c. de culture. A l'autopsie, on retrouvait le vibrion dans le liquide péritonéal assez abondant et poisseux et aussi généralement dans le sang du cœur.

Nous avons réussi en 1893 à infecter le lapin adulte par la voie intestinale. L'injection dans le duodenum de 0,1 de centim. cube de culture d'agar de vingt-quatre heures détermina en huit heures la mort de l'animal avec des symptômes bien manifestes de choléra asiatique.

Par contre, certains vibrions étaient d'une virulence si faible pour les animaux de laboratoire que l'inoculation dans le péritoine d'une grosse anse de platine de culture jeune sur agar indisposait à peine le cobaye adulte. En 1894, l'inoculation au cobaye d'un centimètre cube de culture jeune en bouillon d'un vibrion cholérique qui venait d'être isolé d'un cas mortel était sans effet. Le contenu d'une anse de platine d'une culture jeune sur agar des virgules géantes du cas foudroyant de 1894 ne donnait pas la péritonite cholérique au cobaye adulte. Cet animal n'en était en aucune façon incommodé.

Anamnèse : Causes prédisposantes et déterminantes. — Les circonstances que nous avons pu relever sont celles que l'on rencontre généralement à l'origine des maladies infectieuses.

La misère, la mauvaise alimentation, les conditions précaires d'hygiène, la profession, le surmenage, les excès de tous genres et notamment les excès alcooliques habituels ou occasionnels, voilà autant de facteurs qui exposent plus spécialement l'organisme à la contagion et le rendent propice à la pullulation du germe cholérique.

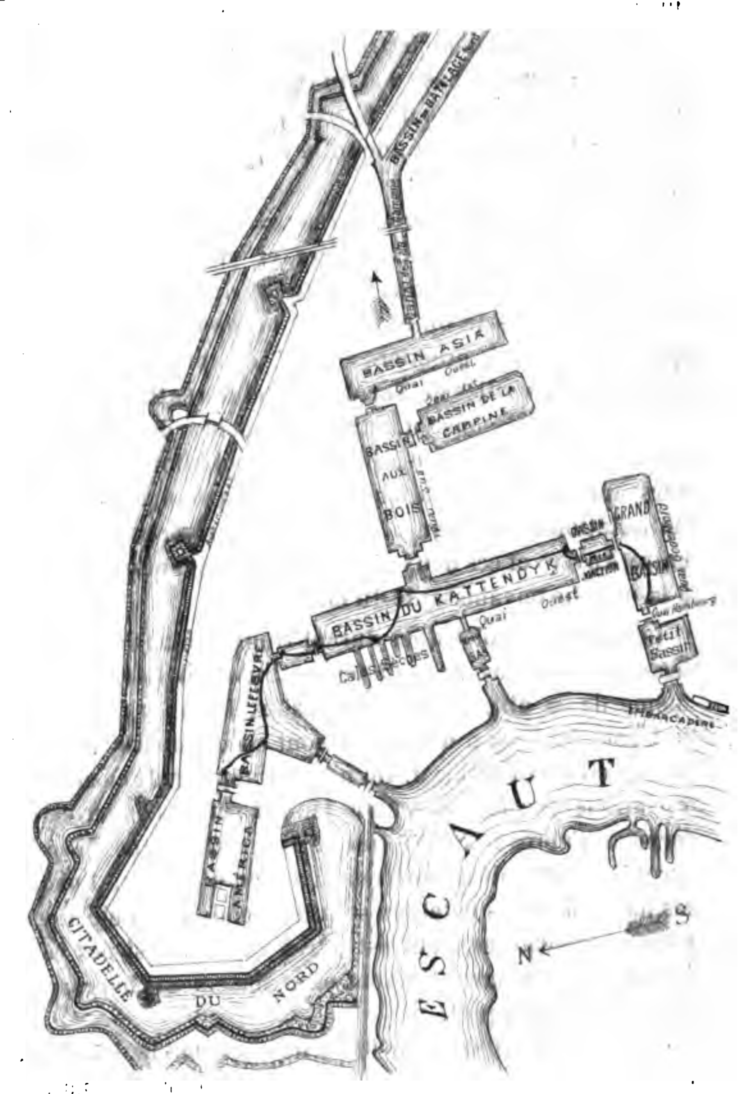
La majeure partie des malades cholériques en 1892, 1893 et 1894, appartenaient à la classe laborieuse. Les ouvriers débardeurs du port fournirent le plus de victimes. L'alcoolisme qui sévit malheureusement chez eux d'une façon intense augmentait encore les dangers inhérents à leur profession même.

En ville les habitants des maisons surpeuplées et malpropres des quartiers populeux furent atteints de préférence.

Nous avons vu dans certains cas la contagion directe comme cause déterminante. Deux membres du personnel infirmier des malades cholériques en fournirent notamment un exemple.

En général la contagion eut lieu par intermédiaire. La lingère du *Saint-Paul* est un cas de contagion indirecte. L'eau de boisson eut un rôle prépondérant dans ce mode de transmission de la maladie, ainsi que nous allons le voir.

Anvers possède au nord, vers le bas Escaut, huit bassins pour navires de haute mer et un bassin pour bateaux



Bassins du nord d'Anvers

d'intérieur. Ces bassins communiquent entr'eux. Le plan ci-joint rend compte de leur disposition. Ils sont reliés par des écluses à l'Escaut qui les alimente, et du bassin Asia le plus éloigné à l'est part le canal de la Campine. Ce canal, à peu de distance de son origine, forme à sa droite le

(1) Zeitschrift für Hygien, 1894.

(2) Sanarelli, loco citato.

bassin de batelage (nord) destiné au trafic des bateaux d'intérieur. A environ dix kilomètres d'Anvers le canal de la Campine se bifurque en deux branches qui traversent de l'est à l'ouest la province d'Anvers, en passant l'une à Turnhout, l'autre à Hérenthals.

Le courant se dirige des bassins du nord d'Anvers vers le canal de la Campine, qui constitue en quelque sorte la décharge du bassin Asia (Voir le plan ci-joint).

Dans le Grand Bassin vint s'amarrer, le 15 août 1892, le *Saint-Paul*, du Havre, et le bassin de jonction qui relie le Grand-Bassin au bassin du Kattendyk reçut, cinq jours plus tard, le *Nérissa*, de Hambourg.

Le *Saint-Paul* avait à bord du café, du vin et des ballots de chiffons qui furent débarqués.

Il y a tout lieu d'admettre que le *Saint-Paul* contamina les eaux du grand bassin et qu'il en fut de même du bassin de jonction à l'arrivée du *Nérissa*. En ce qui concerne ce dernier, nous en aurons une sorte de preuve expérimentale tout à l'heure.

Les germes cholériques purent se disséminer dans les différents bassins, grâce au va et vient incessant des navires. Tous les bassins fournirent des cas de choléra, y compris le bassin du batelage et le canal de la Campine, qui fut une des premières voies de propagation loin d'Anvers. Les villes de Turnhout et d'Hérenthals, situées, comme nous l'avons vu, sur les branches de bifurcation du canal de la Campine à plus de trente kilomètres d'Anvers eurent des cas de choléra peu de temps après son importation en Belgique. Les localités riveraines situées entre Anvers et ces deux villes marquèrent autant d'étapes à la marche envahissante du choléra.

Les germes cholériques durent trouver dans nos bassins des conditions favorables à leur pullulation. Car en raison même de la disposition des bassins, l'eau s'y renouvelle fort peu ; beaucoup d'entr'eux sont en cul-de-sac et n'ont pas de circulation d'eau. On ne peut appeler de ce nom les variations que fournissent le jeu des écluses ouvertes ou fermées d'après la marée qui se fait sentir dans l'Escaut jusqu'à vingt-huit kilomètres en amont d'Anvers. Ensuite les habitudes des bateliers sont bien connues. Déjections, ordures ménagères, tout est jeté à l'eau. Aussi ces eaux quelque peu stagnantes sont-elles fortement chargées de principes organiques.

Si l'on ajoute que beaucoup de bateliers ont la détestable habitude d'utiliser l'eau des bassins pour des usages alimentaires, on s'étonne que les cas de choléra n'aient pas été plus nombreux.

Les grands navires qui ont une réserve d'eau potable eurent en somme très peu de choléra à bord. Il n'en fut pas de même des allèges, des bateaux d'intérieur qui venaient prendre la marchandise des navires de haute mer. Sur ces embarcations, fréquemment dépourvues d'eau potable, il y eut d'assez nombreuses victimes.

Les deux bassins situé le plus au nord : bassin América et bassin Lefebvre, furent pour ainsi dire épargnés. Le Grand Bassin, le Petit Bassin, les bassins de jonction, du Kattendyk, aux bois, de la Campine, Asia, enfin le canal de la Campine et le bassin de batelage fournirent en 1892 les trois-quarts des cas de choléra.

A la fin de juillet 1893, le choléra se réveilla sur place au bassin de la Campine. Les premiers cas se déclarèrent à bord de diverses allèges. L'une d'elles y était amarrée depuis plus d'un an. Un bateau du Rhin, arrivé de Rotterdam le 14 juillet avec son personnel en bonne santé, eut un cas le 2 août. Puis les débardeurs furent atteints.

Le schooner italien « *Baccicin Revello* » venant de Buenos-Ayres et pourvu d'eau en cette ville n'avait eu aucun cas de choléra pendant la traversée. Il s'amarra au bassin de la Campine. Quelques jours plus tard un officier mourait du choléra.

Les quinze cas suivants du 14 au 19 août 1893 se déclarent uniquement chez des marins, des bateliers ou des débardeurs.

Lors donc du choléra de 1893, issu de la reviviscence sur place des germes de 1892, l'origine hydrique fut encore des plus manifestes.

Parmi de nombreux exemples en voici deux qui démontrent bien la contagion par l'eau ingérée.

31 août 1892. V..., Godefroid, 9 ans. Malade depuis le matin. Vomissements abondants, selles riziformes renfermant les virgules de Koch, anurie, aphonie complète, température 34° 8.

Décédé le 1er septembre.

Renseignements : cet enfant a bu, l'avant-veille, beaucoup d'eau du canal de la Campine à Merxem (commune suburbaine d'Anvers). Deux bateliers dont les bateaux étaient amarrés dans ce canal sont déjà morts du choléra à l'hôpital Stuivenberg.

19 septembre 1892. — X..., Mathieu, ouvrier du port. Malade depuis la veille. Pris durant la nuit de vomissements abondants et répétés ; selles riziformes continuelles à bacilles cholériques nombreux ; crampes violentes, anurie complète ; pouls radial aboli, pouls fémoral à peine perceptible, cyanose très marquée. Température minima 35°2.

Guérison le 26 septembre.

Renseignements : Cet homme a tenté, deux jours auparavant, de se suicider en se jetant au bassin de jonction, là même où avait été amarré le *Nérissa*, qui nous importa le léra de Hambourg.

Le cas de ce malheureux ne réalise-t-il point le type d'une expérience de laboratoire ?

Nous pourrions en citer bien d'autres.

Il existe au port des gagne-petit qui débitent aux ouvriers débardeurs de la soupe et une boisson populaire appelée « coco ». Fréquemment les malades amenés à l'hôpital avaient été la veille ou l'avant-veille des clients

de ces colporteurs. Il est fort probable que soit l'eau des bassins, soit l'eau suspecte des pompes voisines entrait fréquemment dans la confection de ces breuvages, sans qu'on l'eut soumise à l'ébullition.

Les autorités pourraient utilement à l'avenir prendre dans les ports certaines mesures préventives à cet égard.

Plusieurs bateliers du canal de la Campine moururent du choléra à l'hôpital Stuivenberg. Les cas de cette provenance étaient d'une gravité exceptionnelle. Des riverains furent également atteints. L'administration communale s'en émut et nous chargea de faire en 1892 l'analyse bactériologique de l'eau dudit canal. A deux reprises l'analyse porta sur une série d'échantillons prélevés au milieu du canal à des distances variables de l'écluse du bassin Asia. Dans l'un deux, le vibrion de Koch fut trouvé par la culture. Un rapport fut transmis au bourgmestre qui interdit, sous des peines sévères, l'emploi de l'eau du canal de la Campine pour des usages alimentaires.

Etude anatomo-pathologique. — En 1892 et 1893, nous avons pratiqué des autopsies de cholériques ; la plupart d'entr'elles, peu d'heures après la mort.

Laissant de coté les lésions classiques, nous nous arrêterons à certaines lésions spéciales.

Cœur. — Chez les individus morts à la période algide d'un choléra d'une durée moyenne, et aussi fréquemment dans les cas foudroyants, le cœur présentait de nombreuses ecchymoses sous-péricardiques, notamment au niveau des ventricules. Nous n'avons jamais rencontré de péricardite à cette période.

Chez des sujets morts à la période de réaction, il y avait parfois de l'endocardite aiguë mitrale et aortique.

Appareil pulmonaire. A la période algide, des ecchymoses sous-pleurales, notamment à la partie postérieure. Le tissu pulmonaire est ordinairement le siège d'une forte hypérémie, les bases des poumons sont fréquemment noirâtres. Parfois il y a une véritable hépatisation hypostatique.

A la période de réaction, de la bronchite, de la bronchopeumonie, des infarctus hémorragiques récents chez les cardiaques. Rarement de l'œdème pulmonaire.

Nous passons sur les lésions classiques du foie, de la rate, du péritoine, pour arriver aux lésions spéciales de l'intestin.

Intestin. — A plusieurs reprises nous avons trouvé l'intestin rouge vif, la paroi fortement hypérémiée, le contenu constitué par un liquide fortement hémorragique.

L'intestin grêle est généralement le siège d'une injection vive, fréquemment d'ecchymoses ; les plaques de Peyer y font une saillie notable, souvent des follicules clos engorgés soulèvent la muqueuse en forme de papules nettement perceptibles au toucher. Dans le cœcum et l'iléon, on relève souvent des plaques hémorragiques, assez fréquemment de petits ulcères arrondis, taillés à pic, atteignant toute l'épaisseur des tuniques, presque perforants, et même çà et là une plaque de gangrène (1).

Ces dernières lésions se rencontrent chez des sujets morts tardivement.

Les ulcères et les plaques de gangrène nous fournirent l'explication des entérorragies observées de temps à autre chez nos malades. Ils nous montrèrent le mécanisme d'une péritonite cholérique survenue à la période de réaction. Les symptômes en furent tels que peu s'en fallut que l'on ne pratiquât la laparotomie et le lavage du péritoine. Guéri du choléra, le sujet mourut trois mois plus tard d'une tuberculose généralisée. L'observation détaillée de ce cas est relatée plus loin. A l'autopsie on constata une péritonite suppurée diffuse d'origine ancienne comme en témoignaient les adhérences et le pus caséeux.

Du côté de l'estomac, nous avons constaté également dans quelques cas des ecchymoses de la muqueuse.

Le pancréas nous a paru généralement augmenté de volume.

Les reins sont ordinairement le siège d'une congestion intense généralisée. Fréquemment la pression fait sourdre du sommet des papilles un liquide louche et épais. A l'examen microscopique, on constate que c'est en majeure partie du pus mêlé de cellules épithéliales désagrégées. Dans un cas, il y avait du pus dans le bassinet.

Nous avons fait, en 1892, l'étude microscopique du rein cholérique.

Les glomérules renferment un grand nombre d'hématies. Entre la capsule et le glomérule on trouve des hématies extravasées.

Les cellules épithéliales des canalicules sont gonflées, troubles, granuleuses, à contour mal défini, le noyau est généralement volumineux, il se colore assez difficilement, il semble renfermer des vacuoles. La desquamation épithéliale est abondante ; la lumière des canalicules obstruée par des cylindres nombreux.

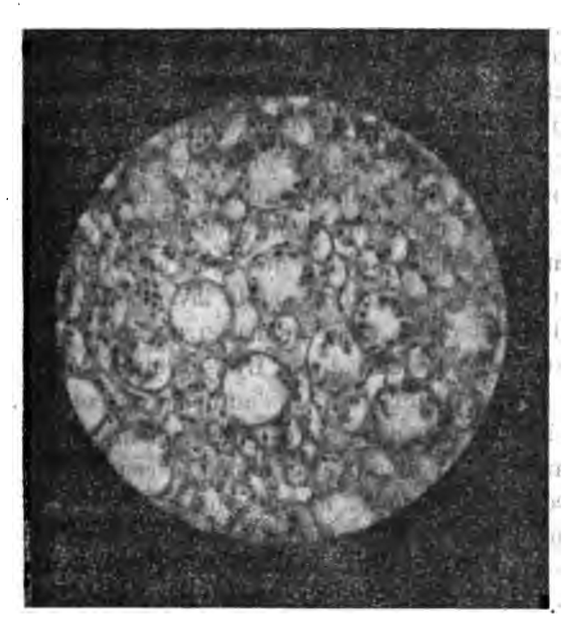
Dans un cas foudroyant de choléra chez un blennorrhagique, une coupe perpendiculaire d'une pyramide au voisinage de la papille montra une desquamation presque complète de la lumière des tubes collecteurs (2) ; çà et là seulement quelques rares cellules de revêtement plus ou moins intactes. Parfois les cellules desquamées forment un véritable bouchon qui obstrue presqu'entièrement la lumière de certains tubes collecteurs.

Du côté des voies urinaires. — Dans quelques cas du pus dans l'urèthre. La blennorraghie nous a paru donner au choléra un caractère de gravité exceptionnelle.

(1) A rapprocher du cas d'ulcère stomacal chez un cholérique relaté par M. Galliard le 18 novembre 1892 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

(2) Voir la photographie ci-jointe.

Dans un cas, il y avait dans le pus uréthral, recueilli avec toutes les précautions de pureté requises, à côté du gonocoque, du bacille cholérique.



Rein cholérique. — Coupe perpendiculaire d'une pyramide au voisinage de la papille. — Desquamation des tubes collecteurs.

Cerveau. — Nous avons constaté une congestion intense des méninges, plus prononcée chez les alcooliques, des extravasations sanguines de la pie-mère à la surface des circonvolutions. A la coupe, piqueté hémorragique de la substance blanche, congestion intense des plexus choroïdes, souvent œdème ventriculaire. Dans un cas, exsudat gélatiniforme blanchâtre de l'espace sous-arachnoïdien à la convexité du cerveau.

Etude clinique. — Les cas de choléra que nous avons observés ont offert généralement une période prodromique peu marquée, une période algide intense durant en moyenne deux à trois jours, une période de réaction régulière dans la majorité des cas. Quelques uns seulement, des alcooliques notamment, ont eu des inflammations consécutives du cerveau et des méninges. La terminaison en fut fatale. Deux sujets ont présenté à la période de réaction des douleurs névralgiques le long des membres et de la parésie.

La durée totale de l'affection dans les cas favorables a été de six à huit jours et dans les cas funestes elle a varié de quelques heures à trois jours au plus. Très peu de malades moururent après le troisième jour.

Nous pouvons grouper les cas en deux grandes classes : A. *Choléra grave.* B. *Choléra bénin.*

A. Choléra grave comportant :

1° *Le choléra sec à marche foudroyante.* On y observe des vomissements aqueux abondants, mais pas de diarrhée ; de la cyanose, une oppression intense, de l'angoisse précordiale, de l'algidité, des crampes violentes, une aphonie presque complète, la disparition du pouls radial et parfois fémoral ; une agitation continuelle. C'est là le tableau d'un empoisonnement profond et rapide par les toxines microbiennes. Tels furent les premiers cas. Les quatre matelots du *Saint-Paul* atteints de choléra sec foudroyant moururent en quelques heures.

2° *Le choléra diarrhéique.* On y observe des vomissements extrêmement abondants, des évacuations riziformes continuelles, de la cyanose, de l'algidité, des crampes, de l'aphonie ; le pouls radial et même fémoral est à peine perceptible ou a disparu. Il y a émaciation rapide par perte d'eau. Ce qui domine dans cette forme c'est la sécheresse des tissus comme le démontrent le plissement et le relâchement de la peau, la diminution de tension intra-oculaire, l'aspect terne de la cornée.

L'empoisonnement semble se placer au second plan, il laisse le temps d'agir. La perte d'eau prime tout.

Cette forme comporte une indication thérapeutique dont nous parlerons plus loin.

B. *Choléra bénin.* — Vomissements, diarrhée, peu de cyanose, faiblesse du pouls radial, quelques crampes, voix affaiblie, température n'allant pas en dessous de 36° ; en somme atténuation de tous les symptômes.

Ces formes qui aboutissent généralement à la guérison offrent un double danger. D'abord elles peuvent être suivies chez le même sujet d'une attaque de choléra grave. Ensuite en raison même de leur bénignité apparente, on les classe volontiers en ville parmi les gastro-entérites banales. La recherche bactériologique n'est pas prescrite. Les mesures de prophylaxie sont peu rigoureuses et le mal se propage sans entraves. Nous avons eu maintes fois l'occasion de constater des cas de choléra mortels engendrés par un cas anodin.

Formes anormales. — Trois cas de choléra ont présenté les allures de la fièvre typhoïde. Dans deux autres cas, il se produisit à la fin de la période de réparation une éruption érythémateuse fort semblable à l'exanthème de la scarlatine. L'éruption existait sur tout le corps ainsi que sur la muqueuse du pharynx ; elle s'accompagnait de fièvre modérée : 38° et de mal de gorge.

En deux jours, le tout avait disparu, et les malades, guéris, quittaient l'hôpital. Nous fûmes amenés à nous demander si cet exanthème cholérique n'était point un phénomène critique favorable.

Nous avons parlé plus haut des troubles nerveux observés à la période de réaction. De la névralgie et de la parésie notamment des membres supérieurs, survinrent chez deux femmes très nerveuses. Ces symptômes disparurent rapidement.

Mentionnons comme d'un pronostic presque toujours fatal la préexistence de l'alcoolisme ou de la blennorrhagie

chez un cholérique. Presque tous nos alcooliques et blennorrhagiques sont morts. Alcoolisme (1) et blennorrhagie sont deux maux fréquents chez les ouvriers débardeurs qui fournissent au choléra le plus de victimes. L'écoulement blennorrhagique est suspendu durant la période algide, ainsi que nous avons pu l'observer plusieurs fois.

Examinons *quelques symptômes en particulier*.

Notre attention a été spécialement attirée sur l'état de la circulation et de la température.

Le cœur a pour ainsi dire toujours été ralenti à la période algide. Les battements sont descendus à 40, parfois même à 30 par minute. Ce ralentissement s'est accentué jusqu'à la mort lorsqu'elle survenait à cette époque. Presque toujours le ralentissement s'accompagnait d'une régularité parfaite du rythme cardiaque qui persistait jusqu'à la période préagonique. Dans les cas favorables, le relèvement de la température s'accompagnait de l'accroissement en nombre des pulsations cardiaques.

Contrairement donc à ce qui s'observe dans les autres affections où le pouls, à mesure qu'il s'affaiblit, devient ordinairement de plus en plus irrégulier et rapide, nous constatons dans le choléra un ralentissement progressif des pulsations cardiaques, accompagné d'une régularité persistante.

La température axillaire était prise d'heure en heure à l'aide de thermomètres vérifiés par nous d'après un thermomètre étalon.

Dans quelques cas, on releva à la période de début une fièvre modérée. Elle ne fut guère constatée que durant une ou deux heures chez les malades hospitalisés, et elle fit souvent place à une algidité profonde.

La chute de température fut proportionnelle, dans le plus grand nombre des cas, à leur gravité, et sans vouloir poser de règle absolue, nous pensons qu'à 35° la guérison est exceptionnelle et ne s'observe guère que chez l'enfant.

L'algidité a une durée variable de quelques heures à quelques jours.

Dans les cas favorables la température se relève progressivement. Parfois il se fait une brusque ascension thermique dont le pronostic est fatal.

Lorsque en dépit des divers traitements la température s'abaisse d'une facon progressive et continue, le pronostic est extrêmement réservé.

Il y a lieu d'attirer l'attention sur l'importance de l'algidité réelle au point de vue du diagnostic du choléra asiatique. Il n'est guère d'affection qui abaisse la température d'une façon permanente à 35.30 et même 28° à centigrades, comme nous l'avons observé.

(1) Les cas de delirium tremens ne sont pas rares parmi les ouvriers du port. Certains d'entr'eux consomment plus d'un litre de genièvre par jour !

Appareil urinaire. — Insistons aussi sur l'importance de l'anurie comme symptôme du choléra. Dans tous les cas graves la suppression de la sécrétion rénale a été absolue et l'autopsie des sujets morts en algidité nous a fait voir constamment la vessie vide.

Le rétablissement de la sécrétion urinaire chez un malade algide est un symptôme favorable. Il nous a très généralement annoncé la guérison.

Les premières urines émises ont été fréquemment examinées. Elles étaient troubles, peu abondantes et de réaction fortement acide. Constamment il y avait diminution considérable du chiffre de l'urée et des chlorures et présence d'albumine en quantité ordinairement inférieure à la proportion d'un gramme par litre. L'examen microscopique y a décelé la présence de cylindres, de cellules épithéliales, de leucocytes et dans quelques cas d'hématies.

Du côté du tube digestif, signalons encore comme symptôme spécial observé trois ou quatre fois, en 1892, sur un chiffre de 180 cholériques, l'entérorragie discrète en rapport avec les ulcérations (1) intestinales trouvées aux autopsies.

Au point de vue du sensorium, il est à noter que la connaissance persiste très longtemps pendant la période algide. Le malade comprend ce qui se dit à son chevet, il se rend compte de son état. Il prédit fréquemment lui-même l'issue fatale peu d'instants avant de mourir.

Traitement. — Le traitement institué a été médical et chirurgical.

I. *La médication* a varié d'après la période de la maladie.

A la période de début, dans les rares cas que nous eûmes à traiter, ni les potions laudanisées, ni les antiseptiques intestinaux : naphtol, créoline, etc..., ne purent enrayer la maladie, qui évolua chaque fois que les vibrions cholériques furent trouvés dans les selles de la diarrhée prémonitoire.

A la période algide, les injections sous-cutanées de morphine, les opiacés à forte dose se sont montrés très efficaces contre la douleur et, dans les cas de moyenne intensité, ils ont souvent diminué la diarrhée et fait cesser les vomissements. Les stimulants diffusibles ont été largement administrés, ils ont paru d'une certaine efficacité contre l'algidité. On a eu recours au camphre à haute dose, au musc, à l'éther, au cognac, à la caféine en injections sous-cutanées.

Les injections hypodermiques de chlorhydrate de pilocarpine, médicament dans lequel M. Pinnoy avait une grande confiance, ont été fréquemment employés alternativement avec les injections de caféine. La pilocarpine aide vraisemblablement à éliminer les toxines par l'hypersécrétion glandulaire qu'elle détermine. Dans ces derniers temps on l'a signalée comme un excitant cellulaire.

(1) Ces ulcérations n'ont d'ailleurs rien de spécifique, elles s'observent également dans la fièvre typhoïde, la variole et la peste.

A l'intérieur, on administrait des vins généreux : porto, champagne à haute dose. Ils relevaient le pouls et la température et faisaient cesser les vomissements.

Les antiseptiques intestinaux n'ont guère mieux réussi à la période algide qu'à la période de début, ils ont paru même provoquer les vomissements et ils étaient ordinairement immédiatement rejetés.

Les limonades chlorhydriques ont été largement données aux malades. Elles ont paru fort utiles.

L'eau chloroformée essayée contre les vomissements s'est montrée inefficace.

Le hoquet, symptôme d'une signification pour ainsi dire fatale à la période algide, n'a pu être calmé par aucune médication.

A la période de réparation, lorsque la fièvre se montrait accompagnée de congestions viscérales, on a eu recours aux moyens habituels, mais généralement avec peu de succès.

Les inflammations consécutives du côté des poumons et des méninges se sont montrées très meurtrières. Il est à remarquer qu'elles survenaient surtout chez des alcooliques et des personnes âgées. Lorsque la réaction ne dépassait pas son but, nous l'aidions par des diaphorétiques et un régime léger approprié.

II. **Traitement chirurgical.** — Les injections intraveineuses de sérum artificiel n'ont pas donné de bons résultats. Vu ses dangers, lorsqu'il s'agit de lancer directement dans la circulation des doses considérables de liquide, on les a rapidement abandonnées pour recourir aux injections dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La solution employée couramment pour l'hypodermoclyse fut le sérum artificiel de Hayem :

Chlorure sodique......	5 gr.
Sulfate sodique.......	10 gr.
Eau distillée bouillante	1000 gr.

Cette solution, ramenée à une température voisine de 40° centigr., était injectée lentement dans le tissu cellulaire sous-cutané des fosses claviculaires et surtout des parois abdominales. Le flanc parut l'endroit le plus favorable.

La tumeur liquide a toujours disparu rapidement et le procédé n'a donné lieu dans aucun cas au moindre accident.

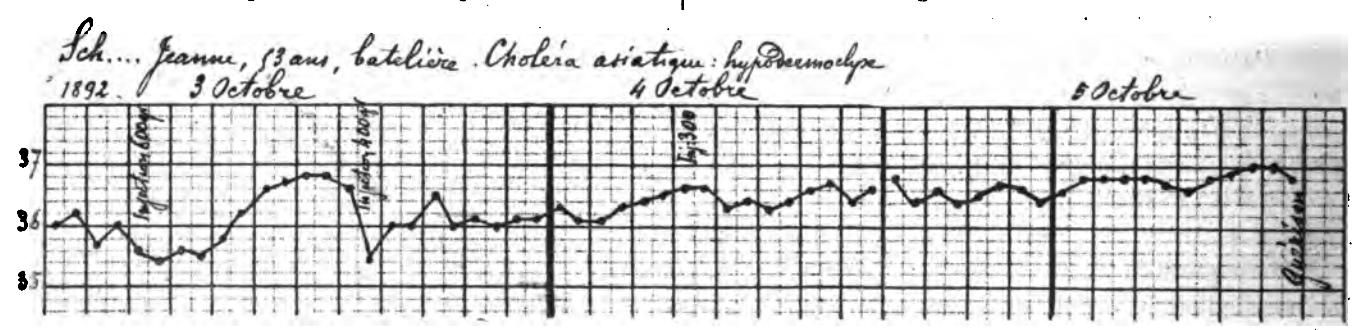
L'hypodermoclyse est une opération très peu douloureuse, facilement acceptée du malade et aisée à pratiquer. Elle n'exige qu'un outillage bien simple et peu coûteux. A l'hôpital Stuivenberg on s'est servi couramment d'une seringue ordinaire d'une contenance d'environ 300 grammes, munie d'un trocart capillaire.

Les avantages de l'ypodermoclyse dans le choléra grave diarrhéique ressortent de l'observation détaillée de quelques cas traités *exclusivement* par cette méthode. En 1892, l'hypodermoclyse fournit huit guérisons sur dix-huit cas excessivement graves traités par ce seul moyen, à l'exclusion de tout autre médication, soit 44,4 0/0 de guérisons. M. Galliard n'a obtenu que 30 0/0 par l'injection intraveineuse. Les cas traités offraient une température initiale inférieure à 36°, un tableau symptomatique fort grave. Chez deux sujets, la température tomba à plusieurs reprises en dessous de 33° et cependant la guérison survint.

Dans les cas de choléra grave à évacuations abondantes, l'hypodermoclyse remédie directement à la perte d'eau qui semble la cause déterminante de la mort. L'intoxication ne vient qu'en seconde ligne. Il suffit en effet de rendre de l'eau aux tissus pour constater rapidement le relèvement du pouls et de la température, la réapparition de la voix et un mieux très sensible accusé d'ailleurs par le malade lui-même.

Voici quelques observations de malades traités et guéris par l'hypodermoclyse. La température a été prise toutes les heures.

Observation I. — Sch...., Jeanne, batelière, 53 ans, malade depuis le 2 octobre 1892 au matin, a eu dès le début des vomissements et de la diarrhée. Entre à l'hôpital le 3 octobre à une heure du matin. La température axillaire est de 36°. Les mains, la langue (1) sont froides, le pouls radial imperceptible, le pouls fémoral très affaibli. Anurie, aphonie, cyanose, selles riziformes abondantes, renfermant les virgules de Koch. A 6 heures du matin, la

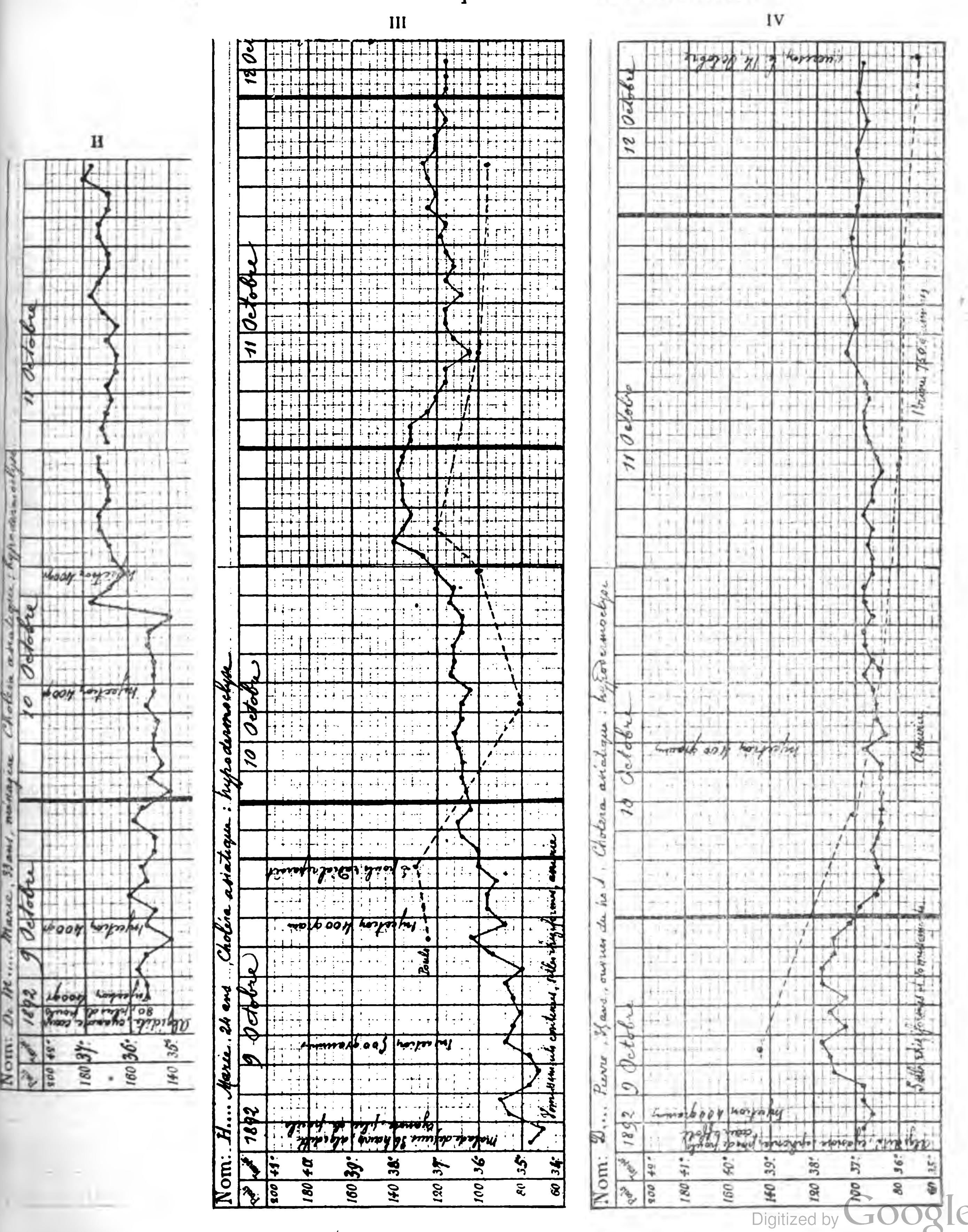


Pour injecter 600 gr. il fallait de vingt à trente minutes. Le trocart était incomplètement retiré de temps à autre et enfoncé dans une autre direction, sans faire de la sorte de nouvelles piqûres à la peau.

température s'abaissant et les évacuations ne cessant pas un instant, on pratique l'hypodermoclyse. La quantité de

(1) M. Pinnoy a attiré notre attention sur la température de la langue. Le doigt placé sur elle perçoit une sensation de froid. Nous avons constamment relevé ce symptôme.

Tracés thermométriques des observations



liquide injectée est de 600 centim. cubes. La température ne tarde pas à remonter. A midi elle est de 36°8'. La soif ardente accusée précédemment se calme. Les selles et les vomissements sont moins fréquents. A 4 heures de l'après-midi, chute de température à 35°4'. Injection hypodermique de 400 c. c. La température se relève rapidement, le pouls radial redevient perceptible. Nuit calme. Le lendemain, à 8 heures du matin, nouvelle injection de 300 c. c., soit un total de 1300 c. c.— Les crampes, les vomissements cessent dans la journée et, le 5 octobre, la malade entre en convalescence.

Quelques jours après, elle quitte l'hôpital.

Observation II. — De M..., Marie, 33 ans, malade depuis le 8 octobre 1892, à 7 heures du soir. Début par vomissements, diarrhée, crampes. Cette femme est amenée à l'hôpital le 9, à 10 heures du matin. Algidité complète, plus de pouls, cyanose, cœur à 80, température axillaire 35°6' ; vomissements, selles riziformes continuelles à virgules nombreuses. On pratique immédiatement l'hypodermoclyse. On injecte 400 c. c. de sérum de Hayem. La température se relève un peu pour tomber, à 3 heures de l'après-midi, à 35°. — Injection nouvelle de 400 c. c. — La température ne tarde pas à remonter. Le lendemain la malade reçoit deux nouvelles injections de 400 c. c.— Les divers symptômes morbides s'amendent rapidement ; le troisième jour la température redevient normale et la malade est en pleine convalescence. Elle sort guérie quelques jours plus tard.

Quantité de sérum injectée : 1600 c. c.

Observation III. — H.. , Marie, 24 ans. Entrée le 9, octobre 1892, à minuit, malade depuis un jour et demi Algidité, cyanose, anurie, crampes, pouls radial aboli, selles riziformes à virgules de Koch, vomissements continuels. Température 35°, tombant bientôt à 34°5'; à 8 heures du matin, la température est de 35° 3', on injecte 500 c. c. de sérum artificiel La température remonte en peu d'heures à 36° ; à 4 heures du soir, nouvelle chute à 35°4', nouvelle injection de 400 c. c.; à 8 heures du soir le pouls radial reparaît. La température ne tarde pas à se maintenir au-dessus de 36° ; tous les symptômes s'amendent, la malade urine et en peu de jours la guérison est complète.

Quantité injectée : 900 c. c.

Observation IV. — D..., Pierre, 35 ans, ouvrier du port, malade depuis le 8 octobre 1892, à midi. Début par douleurs dans le ventre, diarrhée, vomissements, crampes. Entre le 9 octobre à l'hôpital; algidité, cyanose, aphonie, pas de pouls radial, cœur affolé, et cependant la température axillaire est de 36°8'. Selles et vomissements continuels, anurie. Le 9, injection de 400 c. c. de sérum de Hayem. Les vomissements continuent. Le 10, nouvelle injection de 400 c. c., les vomissements et les selles diminuent, l'anurie persiste. Le 11 au matin, le malade urine. La cyanose a disparu, le pouls, la voix reviennent et le malade ne tarde pas à guérir. L'examen bactériologique démontre dans les déjections de ce cas et du suivant la présence d'un nombre modéré de vibrions cholériques.

Quantité injectée : 800 c. c.

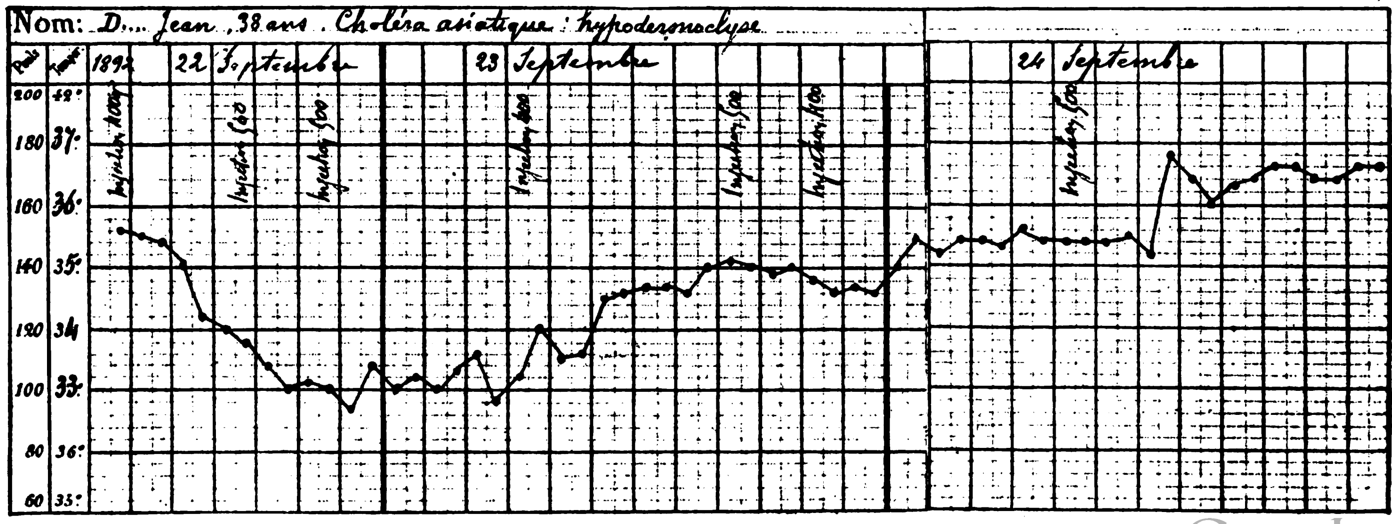
Observation V. — D..., Jean, entré à l'hôpital le 22 septembre 1892, malade depuis la veille. Symptômes classiques de choléra asiatique. Température à l'arrivée 35°2 tombant à deux reprises à 32°7. Les selles et les vomissements sont copieux et continus. L'hypodermoclyse est pratiquée 3 fois par jour. La quantité injectée chaque fois est de 400 à 500 c. c. Le 23 septembre les selles et les vomissements diminuent de fréquence, le pouls radial est perceptible. Le 24, tous les symptômes continuent à s'amender, la température devient normale le soir et le malade entre en pleine convalescence.

Quantité injectée, 3.200 c. c.

Observation VI. — V. Jean, entre à l'hôpital le 29 septembre 1892, à 10 heures du soir. Malade depuis la veille, algidité, cyanose, anurie, vomissements. selles continues renfermant les vibrions de Koch, aphonie ; température axillaire à 11 heures soir, 32°9. Injection hypodermique de 800 c. c. de sérum artificiel en une seule séance. La température remonte rapidement. Cinq heures après l'injection, elle est normale. Le pouls se relève, devient nettement perceptible. L'anurie persiste encore. Dans la journée du 30 septembre, la température oscille autour de 38° ; enfin le 1er octobre au matin, la température redevient définitivement normale, le malade urine et entre en convalescence.

Ce cas semblerait indiquer qu'il y a avantage à injecter d'emblée de fortes doses dans les cas de choléra diarrhéique grave.

Observation VII. — Un de nos cas les plus instructifs de choléra asiatique. Il en a été question ci-dessus aux autopsies en parlant des lésions de l'intestin.

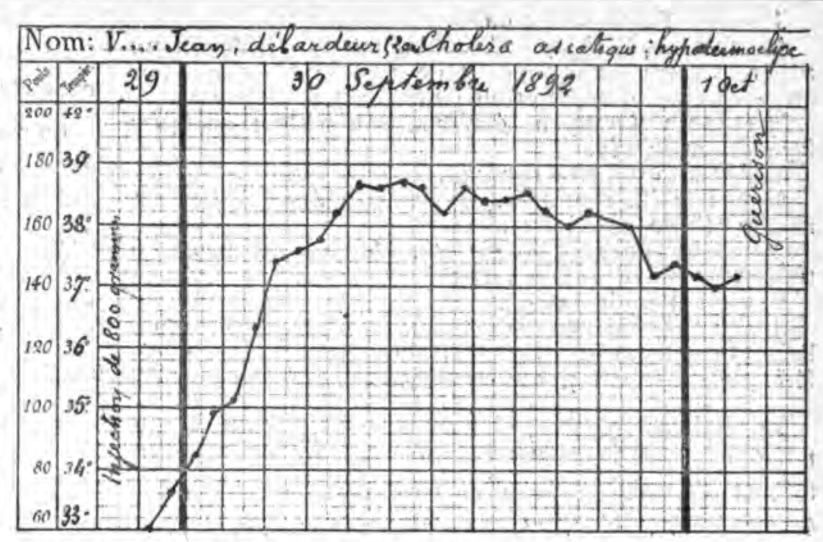


Tracé thermométrique de l'observation V

Sch..., Marie, 45 ans. Entrée à l'hôpital le 6 octobre 1892, avec des symptômes de choléra bénin Les vibrions cholériques existent en petit nombre dans les selles associés aux bactéries communes de l'intestin. Le 9, la température est normale, la malade paraît bien rétablie et demande elle-même à sortir. Vu sa faiblesse, nous l'engageons à rester encore quelques jours. Le 10 au matin, la température tombe brusquement à 35°2. La malade est devenue méconnaissable. Les selles riziformes, les vomissements ne cessent pas un instant. Nous évaluons à une vingtaine de litres la quantité de liquide évacuée dans la journée du 10 octobre.

Aphonie, algidité, cyanose, anurie, pouls imperceptible, bref le tableau classique du choléra grave à évacuations abondantes.

Les selles mises en culture fournissent cette fois le vibrion cholérique à l'état de pureté.



Tracé thermométrique de l'observation VI

On pratique le jour même l'hypodermoclyse. La malade reçoit en trois séances deux litres de sérum artificiel. Le lendemain 11 octobre, les selles et les vomissements ont diminué de fréquence. L'état général s'amende. Injection hypodermique, en deux séances de 1200 c. c. de sérum artificiel. Le 12 octobre, le pouls est nettement perceptible, la voix est revenue, la température est voisine de 37°, la malade urine (1) environ 150 c. c. Quantité totale de sérum artificiel injectée : 3.200 c. c.

Le 13 octobre, la malade se plaint de douleurs vives dans le ventre. Le ventre est ballonné, très sensible au toucher, les anses intestinales se dessinent nettement, la face est grippée, la respiration et le pouls sont fortement accélérés, la température s'abaisse, il y a tendance au collapsus. Le 14 octobre, en dépit d'un traitement approprié, les symptômes s'aggravent et il s'en faut de peu qu'on ne fasse la laparotomie et le lavage du péritoine. Le 15 octobre, amélioration manifeste des symptômes de péritonite, le ventre reste toutefois volumineux et empâté. Les jours suivants le mieux s'accuse davantage ; la convalescence dure une quinzaine de jours.

Guérie du choléra, cette femme ne tarda pas à rentrer à l'hôpital Stuivenberg pour affection des voies respiratoires. Elle y mourut de tuberculose généralisée le 28 novembre, un mois et demi après son attaque de choléra.

Voici le résultat de l'autopsie qui a été pratiquée à l'hôpital :

Méninges : Rien à signaler.

Cerveau : Hydropisie ventriculaire.

Poitrine.— Péricarde : Liquide séro-purulent peu abondant.

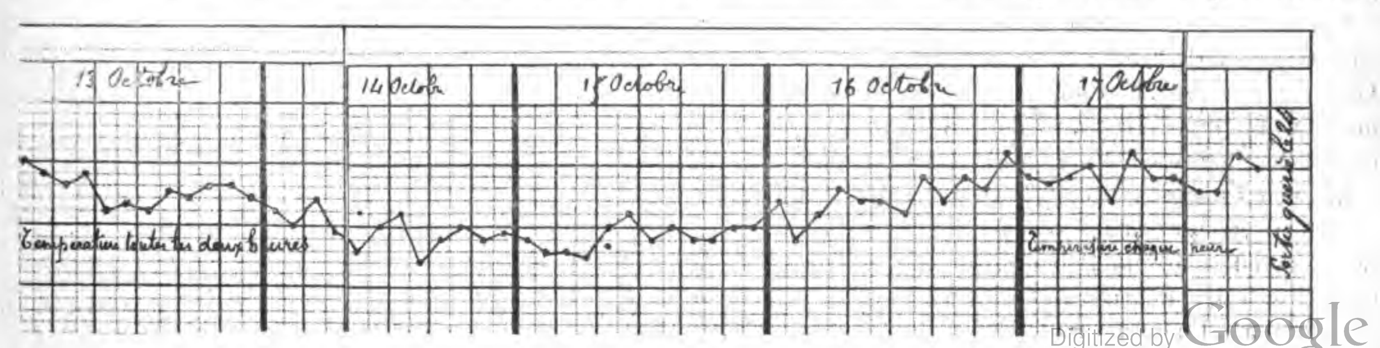
Cœur : Normal.

Poumons : Droit adhérent, criblé de vastes cavernes.

(1) Analyse de l'urine du 12 octobre 1892 : Urine jaune, franchement acide, d'aspect trouble, de densité 1020.

Dosages : Urée, 5 gr. 50 par litre
Chlorures, 1 gr. 20 » »
Albumine, 0 gr. 60 » »





Gauche : Tubercules nombreux au sommet.

Abdomen. — Péritoine : Tous les organes abdominaux adhèrent entre eux et limitent de vastes cavités remplies de pus. Le péritoine est criblé de tubercules miliaires.

Intestins : Fortement épaissis, adhérents ; quelques foyers tuberculeux.

Foie et rate : Rien de spécial.

Reins : Petits, atrophiés. Le sommet des papilles est recouvert de concrétions calcaires.

Utérus et annexes : Adhérents. L'utérus est criblé de tubercules miliaires à sa surface.

Vessie : Rien de spécial.

Il est vraisemblable que le choléra prépara le terrain à l'évolution aiguë de la tuberculose qui se localisa de préférence dans le péritoine gravement atteint lors du choléra.

Résultats généraux. — Les malades cholériques hospitalisés ont fourni en 1892 : 113 guérisons sur 180 cas traités ; 43 guérisons sur 97 cas en 1893 ; et 25 guérisons sur 43 cas en 1894, soit 62,7 °/₀ de guérisons en 1892, 44,3 °/₀ en 1893 et 58,1 °/₀ en 1894.

Prophylaxie. — Pour mettre le personnel à l'abri de la contagion, on lui avait fourni des blouses spéciales qu'il devait porter en service. Il devait veiller à nettoyer à l'aide de solutions antiseptiques tout objet souillé par les cholériques. Enfin, il lui était enjoint de se laver les mains, après tout attouchement des malades, à l'aide de savon et de solution de sublimé à 1/1000.

En 1892, le personnel resta indemne.

Mais en 1893, on eut à déplorer deux contaminations. Un infirmier qui allait prendre les malades en ville eut la figure souillée, en descendant de l'étage d'une maison exiguë, un malade cholérique. Il succomba victime du devoir.

Une religieuse qui soignait les cholériques eut une atteinte assez grave dont elle parvint à se rétablir.

Au cours de nos autopsies, assez nombreuses, nous avions coutume de nous enduire les mains de vaseline boriquée pour éviter la macération de la peau. L'autopsie terminée, nous recourions dans les débuts au lavage des mains au sublimé acide. Nous les avons rapidement abandonnés pour un lavage soigneux au savon ordinaire avec brossage et nettoyage des ongles. La toilette se terminait par l'immersion des mains dans de l'alcool à 94°. Nous avons pu de la sorte faire impunément plus d'une centaine d'autopsies de cholériques sans ressentir le plus petit dérangement intestinal.

L'épidémie cholérique terminée, les salles ont été désinfectées par l'anhydride sulfureux avant d'être affectées de nouveau au service de l'Hôpital général. Des expériences nous avaient démontré que les vibrions cholériques sont rapidement tués *à l'état humide* par l'anhydride sulfureux.

En conséquence, l'atmosphère des salles fut d'abord saturée de vapeur d'eau et on y brûla ensuite du soufre à raison de 50 gr. par mètre cube. Les portes furent calfeutrées vingt-quatre heures. On procéda alors à une très énergique aération et au nettoyage ordinaire. Quinze jours ou trois semaines plus tard, les salles furent rendues à leur destination première. Inutile d'ajouter qu'on n'y constata aucun cas de choléra.

Le choléra d'Anvers eut une grande influence sur l'hygiène publique qui fut notablement améliorée. Ce fut lui qui décida de la création, en 1893, de l'Institut bactériologique des Hôpitaux civils, à la demande de M. PINNOY.

Et si nous pouvons ici apporter une modeste contribution à l'état de nos connaissances sur cette maladie, c'est bien à M. PINNOY, qui a mis à notre disposition tous les sujets d'étude et qui n'a cessé d'encourager nos travaux, que nous en sommes redevables.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Congés de la Pentecôte. — Suivant décision du Conseil de l'Université, les Facultés ne vaqueront pas au delà des deux jours fériés du dimanche et du lundi de la Pentecôte. Tous les exercices reprendront le mardi 5 juin.

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. P.-M.-C. BOUVIER, de Metz (Alsace-Lorraine), a soutenu, le jeudi 10 mai, sa thèse de doctorat (6me série, n° 3), intitulée : **Septicémie puerpérale et abcès artificiels.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine. — Ont été élus membres associés étrangers : MM. les docteurs BANG, de Copenhague ; STOCKVIS, d'Amsterdam ; FISCHER, de Berlin.

Société de Biologie. — M. le docteur CARNOT a été élu membre titulaire.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Lyon. — M. le docteur ROGUE, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pour 1900.

M. le docteur BORDIER est chargé du cours de physique médicale, durant le congé de M. le professeur MONOYER.

Grenoble. — M. le docteur DESCHAMPS, ancien suppléant, est chargé d'un cours complémentaire d'ophtalmologie.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant. Th. CLERQUIN.

N° 175. Quatrième Année. N° 20. Le Numéro : 10 centimes. 20 Mai 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Rage imaginaire guérie par suggestion religieuse

par le Dr **Manouvriez** (de Valenciennes)
Membre correspondant de l'Academie de Médecine

Le 15 février 1899, la Sous-préfecture nous communiquait un télégramme d'un maire, l'informant qu'un cas de rage était constaté dans sa commune, et nous chargeait d'examiner le malade le plus tôt possible et de faire connaître nos appréciations et propositions sur les mesures à prendre. Le jour même, après-midi, nous avons rempli cette mission, avec l'assistance du médecin du Bureau de bienfaisance, en présence du maire et du greffier.

Au commencement de novembre dernier, plusieurs habitants avaient été mordus par un chien enragé, venant d'une commune contiguë, qui fut abattu et dont la tête a été adressée à l'Institut Pasteur de Lille. Un seul d'entre eux, un garçon de neuf ans, fut soigné à cet établissement ; les autres refusèrent de se soumettre au traitement préventif

Le 30 du même mois, X..., âgé de vingt ans, sujet belge, demeurant chez son beau-père, était aussi mordu par un chien inconnu, paraissant enragé, qui pourrait être le chien suspect abattu dans la localité vers cette époque.

D'après les renseignements du médecin, ce jeune homme n'aurait commencé qu'il y trois semaines environ à devenir souffrant et à ressentir des douleurs vagues, quand le 11 février, vers dix heures du soir, après avoir prévenu ses parents qu'il craignait de faire un malheur et qu'on se méfiât de lui, il fut pris d'un violent accès nerveux présentant les caractères d'un accès rabique ; durant trois heures, il fut en proie à un délire furieux, avec violente surexcitation, yeux hagards, globes oculaires convulsés et écume à la bouche ; il bavait, crachait sans cesse et cherchait à mordre et à griffer. Il ne fallait pas moins de cinq ou six personnes pour le maîtriser ; on dut même l'attacher au lit. Pendant la crise, il avait refusé de boire, mais ensuite, il but et mangea sans difficulté.

Le 13, à six heures du soir, soit quarante-et-une heures après, se déclarait un second accès semblable, qui dura près de douze heures. Trois personnes avaient été égratignées : le beau-père, un frère du malade et le curé. Les habitants étaient terrorisés ; le garde se tenait en permanence devant la maison, pour écarter les curieux et prêter main-forte au besoin ; la rue avait été interdite aux voitures. C'est

avec les plus grandes précautions que les parents s'approchaient du malheureux pour lui donner boissons et aliments. L'affolement était grand dans la population ; tel assistant de marque s'était empressé de brûler le mouchoir dont il s'était protégé la bouche dans la chambre de l'enragé ; le curé s'était rendu au pèlerinage à Saint-Hubert (Belgique) C'est alors que la municipalité en avait référé à l'autorité supérieure.

A notre arrivée, un parent prépare le malade à notre visite. Nous trouvons celui-ci couché sur le dos, maintenu, pieds et poings liés, dans son lit. La physionomie a une expression concentrée; les yeux ne paraissent pas souffrir de la lumière, que l'unique fenêtre de son réduit darde directement sur lui. Comme nous lui demandions s'il se trouvait mieux, brusquement il répond qu'il va bien et qu'il est guéri. « Depuis quand ? » basardons-nous. Se tournant alors, pour la première fois, vers nous : « Depuis que le vicaire est venu » réplique-t-il, d'une voix comme inspirée ; et son masque moyen-âgeux nous frappe. Le diagnostic de rage imaginaire s'impose à nous. Ce que l'auto-suggestion avait fait, la suggestion religieuse l'avait défait. Aussi nous gardons-nous d'ébranler sa conviction ; aussitôt, au contraire, nous affirmons solennellement que cela se passe toujours ainsi en pareil cas et, nous adressant aux assistants étonnés, nous leur confirmons la guérison.

Confiant dès lors, il raconte que le vicaire lui a mis la médaille de Saint-Hubert ; qu'immédiatement les douleurs dans la jambe mordue ont cessé, et qu'il sent bien qu'il est tout-à-fait guéri. Le chien qui l'a mordu était certainement enragé, « puisqu'il écumait » ajoute-t-il péremptoirement.

Ce n'est cependant pas sans appréhension qu'on nous voit approcher le malade, examiner sa langue légèrement chargée, tâter son pouls, normal quoique un peu fréquent (100 pulsations par minute), et prendre sa température axillaire, à peine au-dessus de la moyenne : 37 1. La respiration se fait bien ; le sujet boit facilement, bien qu'il soit étendu à plat. On constate, à la jonction des tiers supérieur et moyen de la face antéro-externe de la jambe gauche, une petite cicatrice blanche, arrondie, déprimée, de deux millimètres de diamètre, trace de morsure.

Il paraît que, profitant d'un moment de solitude, le malheureux a réussi, malgré les liens, à uriner dans la ruelle du lit. Un urinal improvisé, tel qu'un bocal, et une torche devraient être mis à sa disposition. Nous faisons comprendre au patient qu'il a tellement effrayé les siens qu'il doit leur faire cette concession de laisser substituer aux liens une camisole de force, immobilisant les membres sans douleur, comme on le fait pour les délirants ; il y consent.

Il était à craindre que les parents détruisissent l'impression suggestive ; en partant, dans la chambre voisine où le malade entend tout, devant leurs questions, nous réitérons l'assurance de la guérison, tout en les entraînant au dehors.

Au médecin, devant le maire et le greffier, nous exposâmes alors que, vu l'absence des symptômes habituellement constatés dans l'intervalle des accès rabiques : fièvre, hydrophobie, constriction à la gorge, anhélation, etc.. nous ne pouvions porter le diagnostic de rage ; qu'il s'agissait là très probablement de rage imaginaire, par crainte de la maladie, comme on en a déjà observé plusieurs cas. Bien que le chien mordeur eût pu être enragé, sa bave avait dû être essuyée par le pantalon à travers lequel avait eu lieu la morsure. Notre confrère objecta que le sujet, ignorant, ne devait pas avoir eu connaissance du tableau symptomatique de la maladie, et que, par suite, il n'avait pû s'autosuggestionner ; nous avons néanmoins persisté dans notre opinion qu'il avait dû lire des descriptions de la rage.

En tout cas, il ne pouvait être ici question du traitement pastorien, qui n'a, on le sait, qu'une action préventive et non curative.

Nous fîmes, d'autre part, remarquer qu'il n'était nullement établi que la maladie fut transmissible d'homme à homme par morsure ou égratignure, puisque dans les trois cas de morsure connus, il n'y avait pas eu contagion.

A notre retour, en chemin, un frère du malade affirma devant le greffier que le patient avait déjà ressenti des douleurs dans la jambe mordue, quelques jours après l'accident, et que, dès le début, il n'avait cessé d'être impressionné et de lire des livres traitant de la rage.

Le surlendemain, le maire faisait savoir que le malade se trouvait toujours dans le même état, sans fièvre, avec toute sa lucidité, mangeant et buvant parfaitement. Il demandait d'ailleurs conseil sur plusieurs points. « Si nous le délions, écrivait-il, et que ses accès lui reprennent, il fera sans doute des victimes ; et du reste, *la population apeurée ne permet pas son relâchement.* D'un autre côté, comme il est

étroitement lié sur son lit, si nous l'y maintenons, ne sommes-nous pas exposés, par les odeurs malsaines qui se dégageront (et il y a déjà un commencement), à voir éclore une nouvelle maladie pour la famille ? » Le mieux, à son avis, était de réclamer son hospitalisation. Enfin, le beau-père et un frère griffés au cours d'un accès demandaient s'ils devaient se rendre à l'Institut Pasteur.

Voici les observations et conseils que nous avons cru devoir lui faire transmettre, le jour même, par la Sous-préfecture. Vu la persistance de l'état relativement satisfaisant du malade, il y avait lieu d'attendre encore, afin de s'assurer d'une façon indubitable s'il était réellement guéri. D'autre part, il convenait, par mesure d'humanité, de remplacer les liens par une camisole de force, qui n'immobiliserait que les membres supérieurs, de sorte que le malheureux pût quitter le lit. Tout au plus, tant pour rassurer la famille que pour éviter une fugue de nature à compromettre la sécurité du patient, aurait-on pu lui mettre aux pieds des entraves assez lâches pour permettre la marche, mais non une véritable course. Il était bien entendu que ces mesures ne devaient être prises qu'en présence, ou d'après les indications du médecin traitant. Il n'y avait d'ailleurs aucune urgence à prendre de décision, pour l'instant, à l'égard des personnes griffées, puisqu'il n'était encore nullement prouvé qu'on eût affaire à la rage.

Le 19, sans autres nouvelles, nous avons, dans un rapport, estimé qu'il y avait lieu de croire que la situation ne s'était point modifiée, et que, par suite, vu le laps de temps (cinq jours), écoulé depuis le dernier accès, notre diagnostic de rage devait être considéré comme exact.

Le 5 mars, après lecture d'une lettre du médecin traitant, insérée dans un journal, nous adressions à M. le sous-préfet la note suivante : « Ayant appris que le sieur X... était, tout au moins encore le 27 février, maintenu *attaché à un anneau scellé au mur* de sa chambre, et craignant que, par suite de malentendu, cette contention de mode anormal soit continuée *pendant un temps indéterminé*, j'ai l'honneur de vous proposer de vouloir bien aviser le Maire de sa commune qu'il n'y a plus à redouter, chez ce névrosé, le retour de ses accès de rage imaginaire par autosuggestion, et que, par conséquent, il est urgent, dans l'intérêt de sa santé physique et morale, de cesser d'exercer sur lui la moindre contention quelconque. »

En réalité, depuis le 17 février, c'est-à-dire au reçu de notre premier rapport, le patient était resté attaché avec une longue chaîne, scellée au mur, soi-disant par ordre de la Sous-Préfecture et sur notre avis. On peut se demander quel aurait été, sans la révélation de la presse, le « temps indéterminé » pendant lequel aurait duré cette contention tout au moins extraordinaire.

Sur un cas de maladie de Werlhoff récidivante, avec hématuries lors de la dernière atteinte (1)

Par le docteur **E. Ausset**, professeur agrégé,
chargé de la clinique des Maladies des Enfants, à l'Université de Lille

Le 3 mai 1900 entrait dans mon service le jeune Emile V..., âgé de sept ans, pour des ecchymoses multiples disséminées sur toute la surface cutanée.

C'est un enfant assez bien constitué, un peu maigre, mais sans tare apparente d'aucune sorte. La peau est extrêmement pigmentée, mais la mère nous affirme que cette teinte brun foncé existe depuis la naissance.

Le père et la mère semblent être en bonne santé. Ils ont perdu cinq enfants en bas âge ; il n'y a jamais eu de fausses couches ni d'enfants nés avant terme. Il existe encore un frère et deux sœurs bien portants.

Emile V... n'aurait fait aucune maladie. Il a été élevé au biberon, avec adjonction prématurée de soupes ; il a marché à 18 mois. Dentition tardive.

Il y a deux ans, brusquement, en pleine santé, le corps de l'enfant présenta de petites taches rouges, ressemblant, nous dit la mère, à de grosses piqûres de puces. En même temps se montrèrent des épistaxis assez abondantes, et de la stomatorragie. Il n'y avait pas de fièvre ; l'appétit était bien un peu diminué, mais, somme toute, l'état général restait bon.

Cet état aurait duré quelques jours puis tout disparut sans laisser de traces.

L'année dernière les mêmes phénomènes se reproduisirent, absolument dans les mêmes conditions.

Le vendredi 27 avril, c'est à dire six jours avant l'entrée de cet enfant à l'hôpital, les taches observées les années précédentes réapparurent sur tout le corps en bien plus grande abondance que lors des deux premières atteintes. En même temps se montraient de larges placards ecchymotiques. Enfin la mère nota de forts saignements du nez et de la muqueuse buccale. Le dimanche l'enfant urina du sang ; ses urines étaient rouges comme si elles avaient été constituées par du sang pur.

C'est dans ces conditions que la mère nous le conduit à l'hôpital.

L'état général de notre malade est satisfaisant. La fièvre est insignifiante (la température rectale n'a monté qu'à 37°9 et encore une seule soirée, les autres jours elle a oscillé aux environs de 37°4 et 37° -). L'appétit est un peu diminué, la langue est légèrement saburrale. Il n'y a ni diarrhée ni constipation. Les muqueuses palpébrales et gingivales sont très pâles, très décolorées.

En examinant la surface cutanée, on constate qu'elle est parsemée de petites taches d'un rouge tantôt vif, tantôt foncé, tantôt violacé, qui mesurent de un à quatre millimètres. Le corps est couvert, surtout les membres, de larges

(1) Le malade a été présenté à la Société centrale de Médecine du Nord (séance du 11 Mai 1900).

placards ecchymotiques ressemblant tout à fait à ceux observés à la suite de contusions violentes ; on dirait que l'enfant a été roué de coups.

Ces pétéchies sont réparties ainsi : sur la face il en existe quelques-unes de deux à trois millimètres, disséminées çà et là des deux côtés : au niveau des deux oreilles et un peu au-dessous elles sont beaucoup plus nombreuses. A la partie supérieure du thorax, les taches sont très confluentes et plus étendues. Ici elles n'ont plus la forme lenticulaire qu'elles possèdent sur la face et sur les autres parties du corps. Elles sont de forme variable, mais nulle part on ne constate ces stries hémorrhagiques vergetées (vibices) qu'on rencontre assez souvent dans le purpura hémorrhagique. Sur l'abdomen et sur le dos, les pétéchies sont peu nombreuses et peu marquées. Dans le dos et sur les flancs, on note quelques légères ecchymoses. Aux membres supérieurs et inférieurs, les pétéchies et les ecchymoses sont très abondantes. Au niveau des coudes et des avant-bras existent de larges placards ecchymotiques bleuâtres. Sur les membres inférieurs on note aussi de nombreuses ecchymoses, dont quelques-unes, énormes, mesurent jusqu'à cinq et six centimètres de diamètre.

Les muqueuses gingivales et palpébrales sont très pâles. Dans la bouche, sur le rebord des gencives et sur la lèvre supérieure il existe quelques petits points ecchymotiques noirâtres.

Il n'y a pas de gingivite. L'enfant n'a jamais eu de rhumatisme. Il n'a pas de douleurs articulaires, ni sur le long des os longs. Il n'existe aucune déformation osseuse, ni trace de rachitisme. Pas d'œdème périphérique.

Le cœur est en bon état. Pas de bruits anormaux : le pouls est à 88, normal.

L'enfant tousse un peu, de temps à autre il expectore quelques crachats grisâtres. A l'auscultation, on note quelques râles sonores dans les grosses bronches.

Nous l'avons dit, l'appétit est assez bon. Les selles sont de coloration normale ; on n'a jamais vu de mœléna. Il n'y a pas de vomissements.

Les urines sont très sanguinolentes. Le jour de son entrée, elles sont encore très rouges et, peu à peu, elles ont pris la teinte de la bière brune pour devenir actuellement tout à faits normales. Au microscope, on y notait une très forte quantité de globules rouges.

Nous avons aussi examiné le sang de notre petite malade et nous avons constaté :

1.953.000 globules rouges (diminution très notable).
29.574 globules blancs (légère augmentation).

Du sang a été prelevé au niveau d'une tache purpurique et ensemencé sur divers lieux, ces ensemencements sont restés stériles.

Le foie et la rate semblent normaux. L'estomac n'est pas dilaté ; sa palpation n'est pas douloureuse.

La sensibilité est normale dans tous ses modes. Pas de troubles sensoriels. La motilité est normale.

Nous avons tenu à rapporter ici ce cas, non pas que le diagnostic en soit difficile, mais à cause de quelques particularités rares et très intéressantes.

Et d'abord il est évident que nous avons bien affaire ici à la variété de purpura dénommée maladie de Werlhof. On ne peut en effet songer au purpura rhumatoïde de par l'absence absolue de toute douleur articulaire et à cause de ces énormes ecchymoses qui ne se rencontrent à peu près jamais dans ce dernier. Le purpura infectieux primitif doit aussi être éliminé, vu l'état général de notre malade et la température normale (sauf un jour à 37°9). L'intégrité des gencives, l'odeur normale de l'haleine, l'absence d'œdèmes périphériques, le bon état général nous ont fait aussi rejeter l'idée du scorbut. Il ne s'agit pas non plus d'un cas de maladie de Barlow, puisque nous n'avons pas constaté de gingivite, d'hématomes sous-périostés et qu'encore la santé de notre malade ne paraissait que fort peu troublée. Je n'ai pas besoin de faire remarquer qu'ici il n'y a pas à discuter l'idée d'ecchymoses traumatiques à cause de la présence concomitante des pétéchies. Mais il est des cas où il faudra toujours penser à ce diagnostic.

Les particularités intéressantes de ce cas sont les récidives et les hématuries.

On a noté assez souvent des *rechutes* de la maladie de Werlhof, et on a noté plusieurs fois des cas où les malades faisaient une nouvelle poussée toutes les fois qu'ils se levaient. Il y a trois ans, j'ai eu dans mon service un petit garçon de 9 ans qui a fait ainsi trois *rechutes* et que je n'ai pu guérir qu'après un repos très prolongé au lit.

Mais je ne sache pas que l'on ait encore noté de *récidives*. Notre petit malade en est à sa troisième atteinte. Les deux premières fois, la maladie a été surtout pétéchiale, il n'y avait que très peu de grandes ecchymoses. Cette fois, ce sont bien les placards ecchymotiques qui dominent.

Les hématuries très abondantes qu'a présentées notre malade à cette troisième atteinte sont aussi très remarquables. En effet, il est à peu près de règle que les hémorrhagies cutanées se compliquent d'hémorrhagies des muqueuses, mais ce que l'on observe le plus souvent ce sont les épistaxis et les stomatorragies. Quelquefois les hémorrhagies viscérales se manifestent par des hématémèses et des mœlena. Mais je n'ai pu retrouver des cas s'accompagnant d'hématuries : « Les hématuries et les hémoptysies, dit M. Marfan, n'ont presque jamais été observées ». Elles semblent donc, d'après notre collègue, avoir été signalées, mais je n'ai pu retrouver les cas exceptionnels, auxquels il fait allusion.

Ce sont évidemment les épistaxis et les hématuries de notre malade qui avaient amené chez lui un degré déjà assez accentué d'anémie, caractérisée par une pâleur intense des muqueuses et une diminution notable des globules rouges.

Si nous cherchons maintenant à expliquer la cause et la nature des accidents présentés par notre malade, nous sommes en face de très grandes difficultés.

Il ne peut pas s'agir ici de ce que l'on appelle l'hémophilie. Au reste le cadre de cette hémophilie tend à se rétrécir tous les jours et il ne renferme plus que les faits qui nous semblent encore inexplicables. Ce mot d'hémophilie cherche en réalité à masquer notre ignorance. Mais, d'ailleurs, on ne peut dire que notre malade est un hémophile. En effet, pour examiner et cultiver son sang, nous avons

fait avec la lancette une large piqûre au niveau d'une tache purpurique, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Cela concorde avec ce que d'autres auteurs ont observé, on a pu arracher des dents à ces malades sans hémorrhagies consécutives.

S'agit-il, comme le veut MARTIN DE GIMARD, d'une forme bénigne du purpura infectieux primitif. Je le crois sans peine, et cela d'autant mieux que les faits observés chez notre enfant semblent peut-être plus probants que dans tout autre cas. Rappelons-nous, en effet, les deux premières atteintes : là il y eut surtout des pétéchies, et quelques placards ecchymotiques. L'enfant ne s'alita même pas. Cette fois la maladie monta d'un degré, il y eut un léger mouvement fébrile, des hémorrhagies des muqueuses et viscérales très abondantes. L'enfant a été assez touché. Un degré de plus et nous arriverons au purpura infectieux primitif avec fièvre et mauvais état général. Je crois donc que la maladie de WERLHOF n'est pas à proprement parler une entité morbide. On peut, si l'on veut, la décrire à part ; mais, à mon sens, c'est une forme atténuée, une variété clinique du purpura infectieux primitif, les tableaux symptomatiques observés chez notre malade dans les trois atteintes ayant été identiquement pareils sauf dans leur intensité.

Il convient dans tous ces cas de purpura d'imposer le repos au lit. C'est souvent en laissant les malades se lever qu'on observe des rechutes ou des aggravations. La maladie étant très souvent causée par une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, il convient de désinfecter le tube digestif d'abord avec une dose purgative de calomel et les jours suivants avec quelques centigrammes de salol. J'affectionne tout particulièrement les lavements froids qui agissent comme diurétiques et comme cholagogues. Un lavement froid tous les matins sera d'excellente pratique. Contre les hémorrhagies des muqueuses il convient de mettre en œuvre tous les moyens hémostatiques, en particulier l'ergotine ou l'eau de Rabel. Enfin une fois tous les accidents aigus disparus on doit tonifier le petit malade évidemment très affaibli par ces pertes de sang.

Fracture de l'olécrane ; guérison rapide sans immobilisation

Par le Docteur **René Le Fort**

L'ouvrière H., âgée de 53 ans, se rendant à son atelier le 9 avril, vers six heures du matin, glisse dans la cour de la filature où elle est étirageuse, et tombe sur le coude gauche. Le coude porte sur le bord d'un trottoir.

Cette femme se relève aussitôt, va revêtir ses vêtements de travail, mais elle ne peut y parvenir seule et doit se faire aider. Au bout d'un quart d'heure, se rendant compte qu'il lui sera impossible de travailler, elle quitte l'atelier et vient se présenter chez moi.

Un simple examen permet de constater l'existence d'une fracture complète de l'olécrane à sa base, oblique en bas et en dehors, avec crépitation, mobilité latérale fort nette sans écartement. Les mouvements sont possibles, mais pénibles.

Je conseille à la blessée d'entrer à l'hôpital, mais le lendemain elle vient me retrouver, disant qu'elle n'a pu être acceptée faute de place.

Le fragment n'est pas remonté ; la possibilité des mouvements témoigne d'une intégrité relative des tissus fibreux et musculaires de l'articulation. Je me contente de placer l'avant-bras dans une écharpe, d'envelopper le coude de quelques compresses résolutives et de surveiller la malade sans faire d'immobilisation.

Dès le quatrième ou cinquième jour, massage très prudent de l'avant-bras et du coude, mouvements communiqués dès la fin de la première semaine ; ce traitement est continué jusqu'à la guérison.

Le gonflement des premiers jours a diminué très rapidement ; l'écartement n'a pas augmenté ; on sent nettement la rainure oblique qui sépare le fragment olécranien du cubitus.

La mobilité latérale du fragment, prudemment explorée tous les trois ou quatre jours, semble augmenter dans les premiers temps, jusque vers le quinzième jour, puis diminue rapidement ensuite.

Le 11 mai, soit trente-deux jours après l'accident, la malade est présentée à la Société de Médecine du Nord, quelques jours avant de reprendre le travail. A ce moment, l'état du membre est excellent ; l'extension, la pronation et la supination se font complètement. La flexion seule est un peu limitée, mais elle atteint facilement 50° environ (mouvements spontanés) ; elle s'améliorera certainement par la suite, mais la prudence empêchait de chercher trop tôt la flexion forcée.

Tout l'avant-bras, surtout la face dorsale, est encore le siège d'une ecchymose considérable. L'examen direct du siège de la fracture permet de constater la fissure oblique, dans laquelle l'ongle pénètre facilement. Il n'y a pas de cal osseux, et le siège de la fracture est toujours représenté par une dépression étroite. En cherchant à produire des mouvements de latéralité du fragment, il semble qu'il y ait encore une très légère mobilité, dans tous les cas extrêmement minime.

Enfin, je signalerai une petite particularité, peu frappante à la vérité chez cette femme, mais que j'ai constatée plus accentuée chez un autre blessé. Quand, le coude fléchi, on suit du doigt la fissure olécranienne, on perçoit, sur le côté interne, une saillie osseuse appartenant au versant cubital, c'est-à-dire un relief de l'extrémité supérieure et interne du fragment supérieur.

A vrai dire, il n'y a là qu'une inégalité marquée de niveau entre les deux berges de la fissure, et j'aurais omis de la signaler si, dans une autre fracture de l'olécrane observée également cette année, je n'avais constaté cette même disposition, mais beaucoup plus accentuée. Chez le blessé auquel je fais allusion, cette même saillie, après guérison d'une fracture à écartement notable, était plus précise, siégeait sur le milieu de la partie interne du cubitus et à l'extrémité supérieure du fragment inférieur, et avait le volume d'un gros pois ; elle faisait dans la flexion

un relief tel que la vitalité ultérieure de la peau paraissait compromise.

Y a-t-il une simple coïncidence dans ces deux faits d'une particularité rare, ou s'agit-il dans les deux cas d'une disposition fréquente, sur laquelle mon attention a été attirée par son exagération même dans un des cas, je ne saurais le préciser. J'ai tenu simplement à rapporter un fait de fracture articulaire guérie rapidement sans immobilisation, alors que la question du traitement des fractures paraît jouir de la faveur actuelle des chirurgiens.

Note sur un cas de cancer gastrique avec infections secondaires, abcès sous-phrénique et pleurésie purulente enkystée.

par MM. le Dr **Desoil** et **Verhaeghe,** externe des hôpitaux

Les infections secondaires dans les néoplasmes sont toujours intéressantes à observer et à étudier, car elles jouent un rôle dans l'évolution de la maladie, qui se trouve généralement modifiée dans sa marche.

Ces infections secondaires sont très fréquentes au cours du cancer de l'estomac. Cela s'explique aisément puisque le contenu du tube gastro-intestinal n'est, en somme, qu'un milieu de culture de microbes divers qui peuvent facilement envahir, lorsqu'elles sont ulcérées, les masses néoplasiques bourgeonnantes de la muqueuse gastrique ou intestinale.

Il est intéressant de remarquer que le cancer « infecté » de l'estomac ne se comporte pas, au point de vue clinique, comme le carcinome classique.

C'est à ce point de vue que nous relatons plus loin l'observation d'un cas de ce genre chez un malade du service de M. le Professeur Combemale.

Ce malade était entré dans le service deux mois environ après le début des accidents. Le diagnostic de cancer stomacal avait pu être fait aisément par la marche rapide de la cachexie, la teinte terreuse, l'anorexie rebelle, les vomissements, les douleurs épigastriques continues et surtout par la présence d'un vaste plastron d'induration épigastrique. A côté de ces signes classiques, nous constations cependant quelques anomalies : pas d'hématémèses ni de melœna, mais surtout une fièvre continue, ne descendant jamais au-dessous de 38° et montant facilement à 39° ou 39°5, accompagnée alors de frissons. Cette fièvre contribuait à précipiter la marche cachectisante de la maladie; et de fait. le sujet succombait dans le marasme moins de quatre mois après le début du mal.

Au début nous avions pensé, en raison de la fièvre et de l'évolution rapide de l'affection, avoir affaire à une carcinose ; cependant nous ne constations, dans la suite, aucun signe de généralisation cancéreuse pouvant donner droit à cette hypothèse : pas d'adénopathie ; pas de signes de métastase dans les autres organes.

L'autopsie seule nous permit de voir qu'il fallait uniquement attribuer cette marche particulière de la maladie à des phénomènes d'infection secondaire.

En effet, il existait des collections purulentes périgastriques et particulièrement un gros abcès sous-phrénique. De plus les microbes pyogènes traversant le diaphragme par les voies lymphatiques étaient venus infecter la plèvre gauche, déterminant une pleurésie purulente du cul-de-sac pleural inférieur et de la scissure interlobaire.

En résumé la combinaison des phénomènes d'infection suppurative et de prolifération néoplasique semble avoir eu pour effet, dans ce cas particulier, d'activer la marche de la maladie, de la rendre fébrile sans production d'hématémèses ou de mœlena.

Observation. — Félix D..., 57 ans, entre à l'hôpital le 2 avril 1900, dans le service de M. Combemale et y meurt le 10 mai 1900.

Antécédents. — Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Ouvrier maçon, adonné à l'alcool. Une fièvre typhoïde à l'âge de vingt ans. Depuis ne s'est plus alité.

Histoire de la maladie.— En janvier 1900, sans causes appréciables, D...s'aperçoit que ses digestions deviennent difficiles et douloureuses, qu'il a du dégoût pour les aliments, particulièrement pour la viande; il maigrit et perd ses forces : il prend une teinte terreuse ; il devient bientôt incapable de travailler. L'anorexie s'accentue : le malade ne prend plus que du lait ; l'estomac rejetant les autres aliments.

Les douleurs épigastriques deviennent continuelles. Le malade est bientôt incapable de continuer son travail et doit garder le lit. Il se fait admettre à l'hôpital.

A l'examen, il paraît très émacié ; il a la teinte terreuse cachectique des cancéreux. L'exploration du creux épigastrique et de l'hypocondre gauche est douloureuse ; toute cette région est mate et on y délimite un large plastron d'induration. Le foie est hypertrophié et dépasse de trois travers de doigt le rebord costal. Sa percussion est également douloureuse.

Rien au cœur, rien au poumon, sauf une zone de matite à la base gauche. Les urines ne renferment pas d'albumine. Le signe de Troisier n'existe pas ; les ganglions inguinaux ne sont pas hypertrophiés.

Le malade est constamment fébrile; sa température varie entre 38 et 39°, avec rémission matinale ne dépassant pas cependant 38° ou 37°8. Parfois même cette température monte jusqu'à 39°5 et s'accompagne de frissonnements.

Pendant le mois de séjour du malade à l'hôpital la cachexie fait de rapides progrès, l'anorexie est devenue totale ; le patient ne s'alimente plus qu'avec un peu de lait et d'eau : il éprouve de la constipation interrompue par des débâcles diarrhéiques de quelques jours. On ne constate jamais de melœna dans les selles. Les vomissements sont également rares, et il n'y a pas d'hématémèse.

Dans les premiers jours de mai, le malade tombe dans le marasme ; il se fait de l'œdème des jambes, et la mort survient le 9 mai.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, permet de déceler l'existence d'une péritonite adhésive.

Le foie, l'estomac, le pancréas sont perdus au milieu d'un amas de fausses membranes. Le foie est hypertrophié ; le lobe gauche ne peut être séparé de l'estomac ; il

ne contient pas cependant de noyaux cancéreux secondaires.

La grosse tubérosité de l'estomac est adhérente à la paroi de l'abdomen à un tel point qu'il est impossible de séparer l'une de l'autre. Dans les tentatives faites dans ce but on perfore une cavité pleine de pus de la grosseur d'un œuf. Cette cavité se trouve sous le diaphragme, entre la face antérieure de l'estomac et la paroi de l'abdomen étroitement enserrée et enkystée par des adhérences et des fausses membranes dans lesquelles on retrouve des diverticulums de cette cavité, formant de petits clapiers purulents secondaires. Ouvrant alors l'estomac entre deux ligatures, l'une au cardia, l'autre au pylore, et suivant la grande courbure de l'organe, on tombe immédiatement sur un vaste champignon cancéreux polymamelonné occupant presque toute la grosse tubérosité, mais cependant respectant l'orifice pylorique.

Les mamelons cancéreux sont au nombre de 8 ou 10 ; de diverses grosseurs ; quelques-uns sont ulcérés et couverts de fongosités. Leur consistance est molle : il s'agit très vraisemblablement ici de carcinome encéphaloïde. On retrouve au milieu de leur masse, un petit pertuis qui aboutit à la cavité de l'abcès précédemment mentionné.

Les reins sont petits, fortement sclérosés, anémiés et exsangues ; la substance corticale a presque disparu. Les autres viscères ne renferment également aucun noyau métastatique.

Le système ganglionnaire est intact ; sauf cependant les ganglions du hile du poumon, surtout à gauche, très volumineux et hypertrophiés.

Le poumon et la plèvre sont normaux à droite. A gauche il existe au contraire un vaste clapier purulent occupant le sinus pleural costodiaphragmatique s'étendant par devant dans une partie de l'espace de Traube et limité par des adhérences. Dans la scissure interlobaire du même côté, second foyer purulent plus petit que le premier et également enkysté au sein de fausses membranes. Le poumon est bridé par des adhérences, et infiltré au voisinage de chaque abcès.

On ne constate dans le diaphragme aucun trajet de communication entre ces abcès pleuraux et l'abcès sousphrénique. Le pus est jaune verdâtre, bien homogène ; son examen bactériologique n'en a pas été fait.

Quelques résultats de l'emploi de l'orthoforme dans les gerçures du mamelon

Par le Docteur **M. Oui**, Professeur agrégé d'accouchements à l'Université de Lille.

Je désire soumettre à la Société quelques observations relatives à l'emploi de l'orthoforme comme analgésique dans les gerçures du mamelon.

J'ai eu recours à l'orthoforme depuis un peu plus d'une année à la suite des publications de M. Maygrier et de ses élèves, relatant les heureux résultats obtenus avec ce produit. M. Maygrier avait employé l'orthoforme de diverses manières :

Poudre d'orthoforme avec pansement sec.

Poudre d'orthoforme avec pansement humide.

Orthoforme en solution alcoolique saturée.

Je n'ai eu recours aux applications d'orthoforme que suivant ce dernier mode, non seulement parce que la solution alcoolique avait donné aux expérimentateurs des résultats plus constants ; mais aussi parce que l'orthoforme n'ayant pas par lui-même d'action antiseptique, il m'a paru plus prudent de l'incorporer à l'alcool dont les propriétés antiseptiques sont indéniables.

Voici maintenant les résultats obtenus :

Observation I. — Mme D... — I pare, accouchée le 10 février 1899. — Mamelons peu saillants, difficilement préhensibles. Enfant faisant des efforts de succion extrêmement énergiques, au point de produire sur l'une des aréoles une grosse ecchymose. Excoriations puis gerçures des deux mamelons, malgré les soins antiseptiques. Les tétées provoquent de vives douleurs. Application pendant les dix minutes qui précèdent chaque tétée d'un petit carré d'ouate hydrophile imbibé de la solution alcoolique d'orthoforme à saturation (orthoforme 6 gr., alcool à 90° 20 gr.). Soulagement immédiat et disparition complète des douleurs après deux applications. L'orthoforme est continué dans les mêmes conditions. Les douleurs ne reparaissent pas. Les gerçures sont complètement cicatrisées au bout d'une semaine.

Observation II. — Mme M..., I pare, accouchée le 7 mars 1899. Quatre jours après l'accouchement, apparition de gerçures peu étendues en surface mais très profondes, saignant au moment des tétées qui déterminent de très vives douleurs. Disparition complète des douleurs dès la première application de la solution alcoolique d'orthoforme.

Observation III. — Mme T..., I pare, accouchée le 1er avril 1899. Gerçures des deux mamelons, très douloureuses. Les douleurs disparaissent complètement dès la première application d'orthoforme. Le 12e jour après l'accouchement, alors qu'il persiste encore deux petites gerçures du mamelon gauche, l'accouchée supprime *motu proprio* le pansement antiseptique qu'elle avait jusque là conservé en permanence sur le mamelon. Le 15, apparition d'une légère lymphangite du sein, d'ailleurs rapidement guérie.

Observation IV. — Mme B..., I pare, accouchée le 6 avril 1899. Dans la première semaine, quelques excoriations du mamelon rapidement cicatrisées. Au cours de la troisième semaine, gerçures nombreuses, très étendues. Il existe même, autour du mamelon, une série de petites exulcérations disposées en couronne et dont chacune répond au sommet d'un tubercule de Montgomery. Les douleurs déterminées par la tétée sont telles que la malade ne peut retenir ses cris ni ses larmes. Elle déclare son intention formelle de cesser l'allaitement. Les applications d'orthoforme amènent en quelques heures la disparition des douleurs. Les lésions se cicatrisent rapidement.

Observation V. — Mme M..., I pare, accouchée le 21 juin 1899. Gerçures peu importantes mais cependant assez douloureuses. L'orthoforme fait disparaître les douleurs dès la première application.

Observation VI. — Mme B....., I pare, accouchée le 24 septembre 1899. Vers la fin de la première semaine, apparition de gerçures qui augmentent rapidement d'étendue. Les tétées déterminent des douleurs d'une acuité extrême. L'emploi de l'orthoforme apporte d'abord, semble-t-il, un peu de soulagement, mais cette amélioration ne se maintient pas et au bout de quelques jours, malgré l'énergie

de la malade, il faut, devant les douleurs intolérables qu'elle ressent, renoncer à l'allaitement.

Observation VII. — Mme B....., I pare, accouchée le 6 décembre 1899. — Très petites gerçures, peu douloureuses ; les douleurs sont calmées immédiatement, dès la première application d'orthoforme.

Observation VIII. — Mme G....., I pare, accouchée le 19 janvier 1900. — Gerçures très petites mais très douloureuses. Les douleurs ont été très diminuées mais non complètement supprimées par les applications d'orthoforme. L'allaitement a dû être cessé au bout de quelques jours à cause de l'insuffisance de la sécrétion lactée.

Observation IX. — Mme F.... , I pare, accouchée le 1er avril 1900. — Gerçures profondes avec douleurs vives au moment des tétées. Les premières applications d'orthoforme atténuent les douleurs sans les faire disparaître complètement. La durée en est alors prolongée et l'application est faite en permanence dans l'intervalle des tétées pendant vingt-quatre heures. Les douleurs sont ainsi supprimées ; mais on constate autour de l'aréole une éruption rouge avec épaississement et infiltration du derme. Les applications ne sont plus faites alors que pendant une durée d'un quart d'heure avant chaque tétée. L'analgésie se maintient et l'éruption disparaît rapidement. L'allaitement a dû être cessé pour insuffisance de la sécrétion lactée.

En résumé l'orthoforme employé dans neuf observations contre les douleurs provoquées sous l'influence de la tétée au niveau de gerçures du mamelon nous a donné :

7 succès.
1 amélioration.
1 résultat nul.

Dans presque tous les cas, l'analgésie a été obtenue très rapidement et très complètement. J'ajouterai, pour donner une idée de la rapidité d'action du médicament, que plusieurs gardes vieillies sous le harnais, très sceptiques — et pour cause — en fait de médication des gerçures du mamelon, ne cachaient pas leur étonnement du résultat obtenu.

Je n'insisterai donc pas sur ce point. Je ne discuterai pas non plus sur la valeur comparée des divers modes d'application de l'orthoforme. J'ai choisi la solution alcoolique parce que mes devanciers lui avaient dû leurs meilleurs résultats et que je n'ai pas voulu recommencer leurs tâtonnements au détriment de mes malades.

Je signalerai seulement qu'une application de courte durée (un quart d'heure environ, avant la tétée) suffit, dans la plupart des cas, pour produire l'analgésie recherchée. Il est donc inutile de prolonger davantage l'action du médicament, sauf dans quelques cas rares. Une durée plus longue d'application peut même avoir quelques inconvénients et déterminer une éruption médicamenteuse (voir obs. IX) déjà signalée par Brocq à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, et qu'il est préférable d'éviter.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Chipault a obtenu la guérison d'une névralgie faciale rebelle, par la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

Société de Chirurgie. — Discussion sur le drainage dans l'inondation péritonéale consécutive à la rupture des grossesses extra-utérines. — Le Mikulicz est bon à condition d'y adjoindre un drain en caoutchouc ou en métal.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Netter a obtenu 7 guérisons sur 11 cas de méningite cérébro-spinale suppurée, traitée par la balnéation chaude et les ponctions lombaires.

Société de Biologie. — MM. Gilbert et Lereboullet. Le diabète, dans les cirrhoses hypertrophiques pigmentaires, doit être attribué à l'hyperfonctionnement de la cellule hépatique, à « l'*hyperhépatie*. »

***

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 11 Mai 1900

Présidence de M. Moty.

Sur un cas maladie de Werlhoff avec hématuries

(*La communication de* **M. Ausset** *est publiée dans le présent numéro*).

M. Charmeil est surtout frappé de la récidive de cette maladie et se demande si l'on ne peut pas la rapprocher des cas d'érythème polymorphe récidivant, qui à chaque période estivale ou automnale subissent une nouvelle poussée.

M. Desoil a vu la malade avant son entrée à l'hôpital, et a constaté que l'urétrorhagie était très franche. Il observait au même moment, dans le même quartier de la ville, un autre cas de purpura, mais fébrile celui-là.

M. Combemale demande si les cas cités par MM. Ausset et Charmeil ne pourraient reconnaître une cause commune : l'hémophilie, s'appuyant en particulier pour ce diagnostic sur les nombreuses hémorrhagies présentées par la malade de M. Ausset.

M. Charmeil repousse l'assimilation, car dans

l'érythème polymorphe, il n'y a pas, tant s'en faut, toujours de suffusion hémorrhagique.

M. Ausset déclare que l'hypothèse d'hémophilie est très admissible, mais certains auteurs ont pratiqué chez de tels malades des avulsions dentaires, sans amener les hémorrhagies abondantes, caractéristiques de l'hémophilie. Il expliquerait plutôt ces symptômes par des troubles dyspeptiques chroniques chez un rachitique, amenant dans le sang certaines toxines qui, agissant sur les vasomoteurs, déterminent l'hémorrhagie.

Fracture de l'olécrâne guérie par le massage

(*La communication de* **M. Le Fort** *est publiée dans le présent numéro*).

M. Gaudier cite à ce sujet un cas de guérison de fracture de l'olécrâne en vingt-huit jours, par le massage et la mobilisation.

M. Folet recommande de mobiliser très vite l'articulation du coude.

I. Néoplasme du testicule. — II. Fibrome de l'utérus

M. Folet présente une tumeur du testicule enlevée chez un vieillard de 60 ans, entré à l'hôpital avec le diagnostic d'hydrocèle. La vaginale incisée, il s'écoula par la plaie une grande quantité de liquide, puis on aperçut dans le fond de la poche, comme un battant de cloche, un fongus assez volumineux développé aux dépens du testicule. L'ablation en fut facile, le cordon paraissant normal. L'examen histologique du testicule a montré qu'il s'agissait d'un carcinome malin. Aussi, est-il à craindre que le néoplasme ne récidive, le cancer du testicule se généralisant d'ordinaire très vite. M. Folet se rappelle toutefois à ce sujet des cas de survie assez prolongée.

M. Folet présente ensuite un fibrome enlevé chez une femme presque exsangue, perdant du sang en abondance depuis trois ans. L'utérus était gros, dur, fibromateux, le col était entr'ouvert, donnant une sensation particulière qui faisait songer à une tumeur maligne. L'hystérectomie vaginale aurait pu être pratiquée, mais la voie abdominale fut préférée. Un fibrome existait assez gros, relativement mou et exsangue, ayant envahi presque tout le tissu utérin ; dans la cavité utérine pendait un pédicule qui avait dû servir de base d'implantation à un petit fibrome énucléé quelques mois auparavant au milieu d'abondantes métrorrhagies et de très vives crises douloureuses.

Un cas de cancer gastrique avec infections secondaires, abcès sous-phrénique et pleurésie purulente enkystée.

(*La communication de* **MM. Desoil** *et* **Verhaeghe** *est publiée dans le présent numéro*).

M. Moty rapporte à ce propos le cas, récemment observé, d'une dame, dont les premières douleurs avaient été prises pour une colique hépatique, et chez laquelle en un mois évolua un énorme cancer de l'estomac, qui finit par emporter la malade avec tous les signes de péritonite généralisée.

M. Lambret fait remarquer que dans le cas de MM. Desoil et Verhaeghe, l'indication existait formelle d'une intervention chirurgicale.

La conservation dans les traumatismes de la main

M. Drucbert présente le squelette de la main d'un individu blessé un an auparavant par une machine à carder ; à l'exception du pouce, tous les doigts de la main et une partie des métacarpiens avaient été écrasés. Un chirurgien amputa les métacarpiens en conservant toutefois le premier métacarpien ; mais la plaie suppura pendant un an et demi et on dut pratiquer récemment l'amputation. On trouva tout le massif osseux du carpe soudé en un seul bloc ; de même, le carpe était soudé aux deux os de l'avant-bras, et le tissu osseux en était éburné.

Sur l'emploi de l'orthoforme contre les gerçures du mamelon

(*La communication de* **M. Oui** *est publiée dans le présent numéro*).

M. Gaudier a employé l'orthoforme dans le traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx, parfois avec un succès bien net, parfois aussi sans aucun soulagement, ce qui lui fait dire que l'orthoforme ne serait pas un analgésique chez les tuberculeux.

M. Oui a essayé un très grand nombre de topiques contre les gerçures du mamelon et c'est avec l'orthoforme qu'il a eu les meilleurs résultats.

A l'appui de la réflexion de **M. Lambret**, qu'il y a sans doute orthoforme et orthoforme, **M. Combemale** dit qu'il pense pouvoir incriminer, quand il y a insuccès, les fausses préparations d'orthoforme ; le nom commercial d'orthoforme est celui d'un produit chimique tout autre que l'orthoforme ; et c'est le premier qui a une action analgésique ; pour que l'orthoforme agisse du reste, il faut le contact de la poudre avec une muqueuse ulcérée ou une excoriation de la peau.

P. V.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le Parnasse hippocratique

Nous empruntons au *Journal de Medecine de Paris* le sonnet suivant, du poète médical Camuset :

MALADIES SECRÈTES

Marquis de Rambuteau, j'aime ces labyrinthes,
Dont ta main paternelle a semé nos trottoirs.
Leur front lumineux porte au sein des brouillards noirs
Les noms des Bodegas et des Eucalypsinthes.

Leurs murs sont diaprés du faîte jusqu'aux plinthes
D'avis offerts gratis à d'amers désespoirs ;
Et c'est pourquoi j'entends le long des réservoirs,
Dans le gazouillement des eaux monter des plaintes.

O l'anxieux regard du malade éperdu
Quand il franchit ton seuil, temple du copahu !
Moi, j'en sors souriant, car j'eus des mœurs austères.

Mes organes sont purs comme ceux des agneaux.
L'âge les rend peut-être un peu moins génitaux :
Mais ils sont demeurés largement urinaires.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la lettre suivante, que nous nous empressons de communiquer à nos lecteurs :

Lille, le 11 Mai 1900.

A Monsieur le professeur COMBEMALE,
Monsieur le Professeur et Cher Confrère,

Vous avez bien voulu m'adresser deux numéros de l'*Echo Médical du Nord*, en appelant mon attention sur deux articles de M. le docteur AUSSET ayant trait à la lutte contre la Tuberculose ; je n'ai pas besoin de vous dire que je partage les idées émises dans ce travail, mais je suis heureux de pouvoir vous informer que l'Office sanitaire de la ville de Lille poursuit énergiquement la lutte contre la Tuberculose en pratiquant, aussi souvent qu'il le peut, la désinfection des logements qui ont été occupés par des tuberculeux.

De plus, il a commencé, il y a dix-huit mois à établir le Carnet sanitaire de chacune des maisons de la Ville ; mais c'est là une œuvre de longue haleine dont les résultats ne pourront être appréciés que dans quelques années.

De son côté l'Administration municipale ayant à donner son avis sur un projet présenté par l'Administration des hospices pour la construction d'un hospice monumental d'incurables, qui coûterait trois à quatre millions, a émis le vœu : que la Commission administrative des hospices augmente très notablement le nombre des pensions à domicile des vieillards de façon à diminuer l'hospitalisation, ce qui permettrait d'aménager l'Hôpital général plus spécialement pour les incurables, en même temps qu'elle consacre la plus grande partie de ces millions à assurer l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux et à la création de sanatoria, la Ville se déclarant prête à la seconder dans cette voie.

Comme vous le voyez, mon Cher Confrère, les Pouvoirs publics à Lille ont compris la tâche qui leur incombe dans cette lutte et marchent d'accord avec vous sur les moyens à employer, ce que j'étais bien aise de constater.

Recevez, Monsieur le Professeur et Cher Confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels et distingués.

L'adjoint au Maire,
délégué à l'hygiène publique,
Dr STAES-BRAME.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La peste. — L'existence de la peste bubonique à Buenos-Ayres est officielle ; vingt-trois cas ont été constatés en deux mois, de caractère bénin.

A Port-Saïd, la peste a été aussi constatée. A Smyrne, ont été envoyés en mission chargée d'enquêter sur sa présence, les docteurs NICOLLE et COLLOMI, de l'Institut de bactériologie de Constantinople.

Le Comité Exécutif Français du **XIIIe Congrès International de Médecine** (Paris, 2-9 Août 1900), a l'honneur d'informer MM. les Membres du XIIIe Congrès International de Médecine que, *pour pouvoir être inscrits au Programme officiel du Congrès*, les titres des *Communications* devront être reçus aux Bureaux du Congrès, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris, *avant le 1er Juin*, dernier délai.

Les adhésions seront reçues *jusqu'au 15 Juillet.*

Pour se faire inscrire, envoyer sa carte de visite, l'indication de la Section choisie, et un mandat-poste de *vingt-cinq francs* au docteur DUFLOCQ, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

— Le comité exécutif a décidé qu'il n'y aurait pas de *Journal officiel du Congrès.*

Pendant la durée du Congrès il sera publié chaque jour, par les soins du Secrétariat Général, un programme donnant toutes les indications afférentes pour la journée.

Un bureau de la Presse sera organisé pour la presse française et étrangère du 30 Juillet au 10 Août.

D'ici là, toutes les indications nécessaires seront fournies au Secrétariat Général du Congrès, 21, rue de l'Ecole de Médecine.

Contre l'alcoolisme

Le ministre de la guerre vient d'adresser aux commandants de corps d'armée la circulaire suivante :

Mon cher général,

En vue de défendre les troupes placées sous leurs ordres contre les dangers de l'alcoolisme, des chefs militaires ont pris, depuis quelque temps, l'initiative de mesures diverses concernant la consommation de l'alcool dans les casernes.

Les unes, simplement restrictives, consistent dans l'interdiction aux cantiniers de vendre de l'eau-de-vie et liqueurs simi-

laires, à certaines heures de la journée, ou encore se rapportent à une sélection de boissons spiritueuses, dont la vente est tolérée; les autres ont trait à l'interdiction absolue de débiter de l'alcool dans les cantines.

Il importe, au point de vue de l'hygiène et de la discipline, de faire cesser ces divergences, d'uniformiser les prescriptions relatives à la prophylaxie de l'alcoolisme et d'étendre à toute l'armée une action bienfaisante, qui ne saurait rester localisée à quelques corps de troupes.

En conséquence, j'ai décidé l'interdiction absolue de vendre dans les cantines aucune eau-de-vie ni liqueur à base d'alcool, ni aucune des multiples préparations connues sous le nom d'apéritifs.

Cette interdiction s'étend à toutes les cantines des casernes, quartiers, camp et terrains de manœuvres.

Sont seules autorisées dans les cantines, la vente des boissons fermentées: vin, bière, cidre, poiré, et celle de toutes les boissons usuelles: café, thé, lait, chocolat, etc., ne renfermant pas d'alcool.

Je vous invite à prendre les mesures nécessaires pour que ces prescriptions, qui seront affichées dans toute les cantines, soient immédiatement exécutées.

GALLIFFET.

Concours d'agrégation des Facultés de médecine en 1900-1901. — Ce concours ouvrira à Paris, le 17 Décembre 1900 pour la section de médecine; le 11 Mars 1901 pour la section de chirurgie et accouchements; le 13 Mai 1901 pour les sections des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques.

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Le nombre des places mises au concours est de 36.

Médecine. — Paris, 5; Bordeaux, 2; Lille, 1; Lyon, 2; Montpellier, 1; Nancy, 1.

Chirurgie. — Paris, 3; Bordeaux, 1; Lille, 1; Lyon, 2 Montpellier, 1; Nancy, 1; *Accouchements*: Paris, 1; Bordeaux, 1; Lyon, 1.

Sciences anatomiques et physiologiques. — *Anatomie*: Paris, 1; Bordeaux, 2; Lille, 1; Lyon, 1. *Histoire naturelle*: Paris, 1.

Sciences physiques. — *Physique*: Toulouse, 1; *Chimie*; Bordeaux, 1; *Pharmacie*: Paris, 1; Bordeaux, 1; Lille, 1: Toulouse, 1.

Pour la Faculté de Lille, il y aura un agrégé dans la section de médecine, pour la pathologie interne et la médecine légale; dans la section de chirurgie, un pour la chirurgie; dans la section des sciences anatomiques et physiologiques, un pour l'anatomie; dans la section des sciences physiques, un pour la pharmacie.

Le **Conseil de l'Université de Paris** vient de décider:

1° Que les membres de la Société des amis de l'Université seraient admis à fréquenter gratuitement les diverses sections de la bibliothèque de l'Université après demande au président de la Société, qui transmettrait au recteur avec son avis; l'admission serait prononcée par le doyen ou directeur en application du règlement qui lui confère le droit de délivrer des cartes de faveur individuelles non payantes.

2° Que les docteurs étrangers seraient admis à la bibliothèque de la Faculté de Médecine, en acquittant seulement le droit de bibliothèque de 10 francs, sans être tenus à verser le droit d'immatriculation de 20 francs.

3° Que, par a fortiori, le bénéfice de cette dernière mesure serait accordée aux docteurs français.

4° Que pour les étudiants, dont la scolarité est en cours et ceux dont la scolarité est terminée, mais qui n'ont pas subi l'épreuve de la thèse, les deux droits de bibliothèque et d'immatriculation ne devaient pas être disjoints et qu'il y avait lieu de maintenir le statu quo.

Cette dernière décision, à Paris comme à Lille, détournera des bibliothèques universitaires, des travailleurs sérieux parmi les étudiants, qui fréquenteront des bibliothèques plus accueillantes ou tricheront de concert avec des docteurs ou même avec des professeurs.

Un examen pour le titre de **médecin sanitaire**, aura lieu à Marseille, du 22 au 25 mai prochain. Les candidats, docteurs en médecine, qui voudraient passer l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 janvier 1896, devront se présenter à la direction de la Santé, consigne Saint-Jean, à Marseille, pour se faire inscrire et prendre connaissance du programme adopté par le Ministre de l'intérieur. Des exercices pratiques ont lieu tous les deux jours, sous la direction d'un médecin de la Santé.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre « Carnet »

Mariages. — Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur à nos jeunes confrères:

Le docteur Georges RAVIART, dont le mariage avec Mlle BRASSEUR Adeline, a été célébré le 17 avril, à Saint-Amand-les-Eaux;

Le docteur A. DESCHEEMAEKER, dont le mariage avec Mlle Marthe DECHESNE, a été célébré à Lille, le 9 mai.

Nous apprenons avec plaisir que notre collaborateur, le professeur A. CALMETTE, est nommé membre du Jury des récompenses à l'Exposition universelle de 1900, classe 111, hygiène.

Parmi les **mutations récentes dans le Corps de santé militaire**, nous relevons la nomination du docteur TRUTIÉ DE VAUCRESSON, médecin aide-major de 1re classe, désigné

pour le 145me d'infanterie à Maubeuge, en remplacement du docteur ANTHONY, du même grade, qui est désigné pour le 129me, au Hâvre.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Ecole supérieure de pharmacie. — M. le professeur GUIGNARD, de l'Académie des Sciences, a été présenté comme directeur, en remplacement de M. PLANCHON, décédé.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le docteur HAMY, de l'Académie des Sciences, a été présenté par ses collègues, pour la direction du Muséum, vacante par la mort de M. MILNE-EDWARDS.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Caen. — M. le docteur BOURIENNE est nommé chef de clinique chirurgicale.

Grenoble. — Le 19 novembre 1900, s'ouvrira devant la Faculté de Médecine de Lyon, un concours pour l'emploi de la chaire de pharmacie et de matière médicale, à l'Ecole de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des Sciences. — A été élu membre correspondant, M. le professeur BURDON-SANDERSON, d'Oxford.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GRIMAUX, membre de l'Institut; CHAMPAGNAT, de Vichy (Allier); GUYÉNOT, de Salins (Savoie); ZIMMERMANN, médecin-major de 1re classe à Lons-le-Saulnier; DESMAISONS, du Bouscat (Gironde); BERBEZ, médecin-adjoint de l'asile de Dury-lez-Amiens; DEFAUCAMBERGE, de Giers (Loiret); JAMIN, de Lyon (Rhône); VALENTIN, de Paris; CHÉRON, médecin de St-Lazare, à Paris; DEBUSCHÈRE, de Bailleul (Nord); MILLAT, d'Havrincourt (Pas-de-Calais). Nous adressons à la famille de nos confrères, l'expression de nos sincères condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

18me et 19me SEMAINES, DU 29 AVRIL AU 12 MAI 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	14	9
3 mois à un an	8	10
1 an à 2 ans	7	8
2 à 5 ans	4	5
5 à 10 ans	2	4
10 à 20 ans	0	4
20 à 40 ans	12	9
40 à 60 ans	10	11
60 à 80 ans	22	20
80 ans et au-dessus	5	2
Total	84	82

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	15	22	54	60	19	25	7	12	42	4	4	264
TOTAL des DÉCÈS	10	15	16	26	13	34	18	7	19	5	3	166
Autres causes de décès	1	7	8	7	7	12	9	»	9	4	2	66
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	2
Méningite tuberculeuse	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2
Phthisie pulmonaire	5	3	3	2	»	1	2	1	3	»	»	20
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	3	1	1	8	»	5	1	»	2	»	1	22
Maladies organiques du cœur	»	1	»	1	2	2	1	»	»	»	»	7
Bronchite et pneumonie	»	3	2	4	»	8	2	2	4	1	»	26
Apoplexie cérébrale	»	»	1	2	3	2	»	»	1	»	»	9
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	2
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	»	5
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

N° 176. Quatrième Année. N° 21. Le Numéro : 10 centimes. 27 Mai 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouvelle machine d'induction à haute pression

par le Dr **Deroide**, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Lille

Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de faire ressortir les immenses services rendus à la chirurgie et même à la médecine par l'application à ces sciences de la fameuse découverte de ROENTGEN. Jamais peut-être découverte ne fut aussi féconde en applications et cela en aussi peu de temps.

Une année, en effet, après que fut née la radioscopie, le professeur BOUCHARD faisait à l'Académie de médecine une importante communication « sur un nouveau mode d'exploration des organes thoraciques au moyen des rayons X » et ses observations furent le point de départ d'une série de travaux très intéressants sur cette même opération.

M. BÉCLÈRE n'a-t-il pas récemment montré tout le parti qu'on pouvait tirer de la fluoroscopie pour établir le diagnostic précoce de la tuberculose ? Et ne vient-il pas de publier, dans la *Presse médicale*, un article dans lequel il insiste sur la nécessité, pour les hôpitaux, d'être dotés d'une salle d'examen radioscopique ?

Il faut reconnaître que, depuis la découverte de ROENTGEN, des progrès considérables ont été apportés dans la construction des appareils (bobine de RUHMKORFF et tube de CROOKES) qui ont contribué pour leur part au grand développement et à la diffusion de cette nouvelle méthode d'examen.

Malgré cela, il est certain que beaucoup de médecins, et même que beaucoup de cliniques hospitalières sont encore aujourd'hui dépourvus d'une installation radiographique ou radioscopique, et je pourrais citer plusieurs grands hôpitaux qui se trouvent dans ce cas.

La raison en est que les constructeurs, on peut bien l'avouer, ne sont pas arrivés à fournir le matériel nécessaire à un prix suffisamment abordable. Et, en effet, la bobine de RUHMKORFF qui constitue, chacun le sait, l'instrument presque indispensable pour la production des rayons X (les machines statiques ayant été définitivement abandonnées), cette bobine, dis-je, est un transformateur d'une construction difficile, coûteuse, et surtout une machine d'un mauvais rendement.

D'où la nécessité de se servir d'une source électrique d'une grande énergie si on veut en obtenir une étincelle utilisable. Une bobine de RUHMKORFF susceptible d'être employée à des examens médicaux, munie de son inséparable [illegible] pteur, coûte donc

fort cher, et j'ajoute qu'elle tient beaucoup de place.

Ce sont ces considérations théoriques et pratiques qui ont guidé un pharmacien distingué de Corbie, M. Ropiquet, qui a construit une nouvelle machine d'induction à haute tension, destinée à remplacer la bobine de Ruhmkorff.

Elle offre sur le modèle classique une grande supériorité : sa construction est simple, son *rendement* plus que doublé, et on peut dire qu'elle porte en elle tous les perfectionnements que cet appareil était susceptible de recevoir.

Elle donne des étincelles, très nourries, longues de plus de 30 centimètres et peut recevoir son courant électrique soit d'accumulateurs, soit d'une pile au bichromate.

M. Ropiquet y a annexé un interrupteur spécial, d'un réglage extrêmement précis et fonctionnant par l'intermédiaire d'un petit moteur électrique, actionné lui-même soit par un courant de dérivation, soit par un seul élément de la pile.

Enfin, on obtient dans le tube une belle luminescence, très régulière, sans presque de vibrations et l'examen à l'écran est des plus faciles.

Machine d'induction et interrupteur sont assemblés sous la forme d'un joli meuble carré ayant environ 1 mètre de hauteur, 30 centimètres de côté, qui trouvera facilement sa place dans le cabinet d'un médecin.

M. Béclère, dans l'article auquel j'ai fait allusion plus haut, estime à 1.500 francs environ le montant des dépenses nécessaires à l'achat de tous les objets composant une installation radioscopique. Je crois ne pas trop m'avancer en disant qu'une telle installation avec la machine de M. Ropiquet ne coûtera pas la moitié de cette somme — ce qui n'est pas à dédaigner.

Ci-joint la photographie de cet appareil (fig. 1). La source électrique et le tube ne sont pas indiqués ; il va sans dire qu'ils font partie du matériel livré par M. Ropiquet ainsi que les fils conducteurs et l'écran fluosrescent.

Nous avons fait l'essai de cette nouvelle machine d'induction avec l'aide de mon excellent collègue et ami M. Carrière, qui s'occupa naguère de radioscopie, avec M. le professeur Bergonié (de Bordeaux), et nous en avons obtenu les meilleurs résultats, que nous nous réservons de publier plus tard. Je veux, pour ma part, signaler, aujourd'hui, les modifications qu'a apportées M. Ropiquet à la bobine classique de Ruhmkorff.

Toute bobine d'induction se compose d'un *inducteur* et d'un *induit*. Ruhmkorff et Pogendorff avaient déjà constaté que, toutes choses étant égales, l'inducteur donne naissance dans l'induit à un courant d'autant plus intense que le fil induit est lui-même plus rapproché du centre et de l'axe de l'inducteur.

Mais l'action de l'inducteur peut être décomposée en trois actions distinctes :

1° Action de ce courant primaire sur le faisceau, en le transformant en électro-aimant.

2° Action du courant primaire sur le fil induit ou secondaire.

3° Action de l'électro-aimant sur l'induit.



Figure 1. — La bobine

Il y a un grand intérêt à savoir quelle est la valeur relative de ces trois actions ; en répétant les expériences bien connues d'Ampère et de Faraday à ce triple point de vue, on est bientôt édifié, et on constate que l'action inductrice du courant primaire sur l'induit est insignifiante, négligeable même en comparaison de celle qu'exerce l'électro-aimant sur l'induit.

Or, dans la bobine classique, le fil primaire est très gros ; l'épaisseur des tours de spire, jointe à celle des isolants qu'on est obligé d'interposer aussi bien entre le faisceau et les spires du fil primaire qu'entre le fil primaire et le fil secondaire, cette épaisseur explique qu'on éloigne forcément et énormément l'induit de

l'électro-aimant qui, lui seul, je le répète, a une action vraiment utile.

M. Ropiquet, au lieu d'entourer le faisceau de fer doux dans toute sa longueur avec le gros fil, ne le fait qu'aux deux extrémités de ce faisceau, et il place l'induit dans l'espace laissé libre.

Voici, du reste, une coupe de la machine d'induction qui fera comprendre l'ingénieux dispositif adopté par M. Ropiquet (fig. 2).

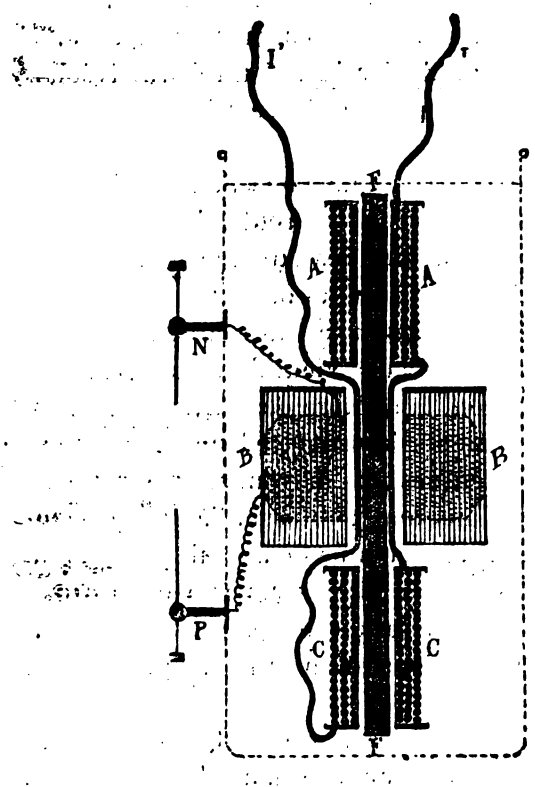


Figure 2. — Coupe de la bobine.

1° FF est un faisceau de fils de fer ou bois, parfaitement recuits et vernis pour éviter les courants de Foucault et l'hystérésis ;

2° Un fil primaire de gros diamètre formant deux bobines AA, CC reliées en tension et placées à chaque extrémité du faisceau ;

3° Enfin, une bobine placée sur le faisceau, entre les deux bobines primaires. Cette bobine est très rapprochée du faisceau, de telle façon qu'il n'existe entre elle et lui que l'espace strictement nécessaire pour loger l'isolant qui doit empêcher toute effluve ou déperdition qui pourrait s'établir entre inducteur et induit.

Ainsi, d'une part, enroulement de l'inducteur aux deux extrémités seulement de l'électro-aimant ; et d'autre part, enroulement de l'induit au centre de ce même faisceau.

M. Ropiquet, guidé par une idée théorique, a donné à cette bobine induite une forme cylindro-conique, inscrite dans une sphère décrite autour du point O (qui n'est pas sur la figure) centre magnétique, de façon que tous les points extrêmes se trouvent à peu près équidistants de ce centre.

De plus, au lieu d'employer un fil unique, comme dans la bobine de Ruhmkorff, il embobine du même coup deux ou trois fils qu'il enroule de front, toujours dans le même ordre et dans le même sens ; de sorte qu'une fois la bobine terminée, il a, en réalité, deux ou trois bobines fondues ensemble. Comme ces fils sont de même diamètre, parallèles et de même longueur, le potentiel de chacun d'eux en un même point de leur parcours est absolument le même : il ne jaillit donc pas d'étincelle de l'un à l'autre. Du reste, un espace suffisant rempli d'isolant les sépare et empêche toute perte.

En réunissant les fils au commencement et à la fin, on obtient en somme un système de 1, 2, 3 bobines réunies en quantité. C'est ce qui explique *l'intensité de l'étincelle* ; la longueur de celle-ci restant la même, son intensité est d'autant plus grande que le nombre de fils employés est lui-même plus grand.

En résumé, on peut dire, sachant que l'induit se compose de 2, 3 ou 4 fils, que la machine d'induction de M. Ropiquet représente en réalité un accouplement de 2, 3 ou 4 bobines qui seraient réunies en quantité.

Et nous avons pu nous rendre compte que les résultats pratiques confirment pleinement les idées théoriques qui ont guidé M. Ropiquet dans la construction de sa nouvelle machine d'induction à haute tension. L'étincelle n'est en effet pas fluette comme avec la plupart des appareils ; elle est au contraire très nourrie, intense, et paraît la plupart du temps double ou triple.

Quand j'aurai ajouté que M. Ropiquet a construit sa première machine d'induction de toutes pièces, lui-même, mettant à profit de nombreux essais et des recherches personnelles, que cette machine trouvera des applications, non-seulement en radiographie et radioscopie, mais encore dans la production des courants à haute fréquence, la télégraphie sans fils, etc., j'aurai signalé un perfectionnement ingénieux qui honore à la fois son inventeur et la profession qu'il

exerce. J'aurai aussi, je crois, rendu service à de nombreux médecins qui n'hésiteront pas désormais à se munir d'une installation peu encombrante, peu coûteuse, capable de leur procurer une aide aujourd'hui indispensable dans la pratique de chaque jour.

MÉDECINE PRATIQUE

L'Extraction des Dents (Suite) (1)

Manuel opératoire

Par le docteur **Caumartin**, ancien interne des hôpitaux de Lille, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

I. — De l'extraction des dents en général

Le médecin, le dentiste, le charlatan des foires, le maréchal ferrant, tout le monde arrache des dents Il n'en faut pas conclure que ce soit une opération toujours facile, et surtout il faut se garder de croire qu'il n'existe pas de règles spéciales qui en assurent le succès.

En principe, une dent ne s'escamote pas; toute extraction doit être faite méthodiquement; c'est encore la meilleure façon d'aller vite et le seul moyen d'éviter les insuccès et les accidents.

Avant l'extraction.— Le médecin ne dispose pas d'un fauteuil qui permette de placer le patient dans la position la plus commode, et se contentera généralement de l'inviter à s'asseoir sur une chaise. Il lui recommandera d'en saisir les barreaux et de s'y cramponner afin d'éviter le mouvement instinctif qui lui fait jeter les mains sur les poignets de l'opérateur.

Le médecin se place dans une position différente suivant la dent à extraire; nous y reviendrons plus loin.

Il est difficile d'aseptiser le milieu buccal comme on le ferait pour tout autre champ opératoire ; mais il est indispensable de se mettre dans les meilleures conditions : Les mains seront lavées, le davier sera soigneusement flambé et on fera rincer la bouche du patient avec une solution antiseptique.

Il est inutile, dans les cas ordinaires, d'inciser la gencive et de déchausser la dent ; cette pratique n'est utile que dans les cas de vieille pyorrhée, quand la dent ne tient pour ainsi dire plus que par la gencive; on pourra éviter ainsi des délabrements trop étendus.

Pendant l'extraction. — Toute extraction comprend trois temps :

1° Saisie de la dent ;
2° Luxation de la dent ;
3° Extraction proprement dite.

1° *Saisie de la dent :* Toute dent qu'on veut extraire doit être saisie par sa racine et jamais par sa couronne. C'est un principe absolu.

On prend le davier à pleine main, *la pulpe du pouce* introduite entre les deux branches, afin de limiter la pression pour ne pas écraser la dent.

Il faut ensuite lentement, méthodiquement avec force et d'une main sûre, mais sans brusquerie, enfoncer les mors du davier jusqu'au rebord alvéolaire et saisir même une portion de ce rebord si c'est nécessaire.

On a alors la sensation que l'on « tient » solidement.

2° *Luxation de la dent.* — Toute dent, pour être extraite, doit être libérée des adhérences qui l'unissent au maxillaire ; ce résultat ne peut être obtenu en tirant directement dans l'axe ; aussi il faut imprimer des mouvements de va et vient différents suivant la forme, la direction, le nombre des racines, mais toujours ces mouvements doivent être lents, moelleux, de plus en plus accentués ; ils doivent se passer dans le poignet et non dans tout le bras et l'épaule de l'opérateur. Il ne faut pas, comme on a tendance à le faire, croyant en finir plus vite, secouer violemment la dent, la mâchoire et la tête du patient ; on n'arrive ainsi qu'à rendre l'opération plus longue et plus pénible.

3° *Extraction proprement dite.*— Quand les adhérences sont rompues, on tire dans l'axe de la dent pour la faire sortir de son alvéole.

Cette division en trois temps est nécessairement théorique, car ces différentes phases de l'extraction se succèdent sans interruption et s'exécutent rapidement et en moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire.

Après l'extraction. — Une fois la dent extraite, on vérifie s'il ne reste pas d'esquilles et on les enlève soigneusement ; on rapproche alors avec le pouce et l'index les parois alvéolaires écartées et on recommande au patient de se rincer la bouche avec une solution antiseptique.

Doit-on faire quelque chose de plus comme antisepsie? Les avis sont partagés. A l'École dentaire de Genève, dans le service du professeur Redard, nous avons vu, après chaque extraction, comprimer dans l'alvéole un tampon chargé de teinture d'iode. Cette pratique est évidemment logique, mais ne paraît pas

(1) Voir *Echo méd.* du 4 mars 1900.

indispensable : l'hémorrhagie consécutive entraîne les agents septiques que peut contenir l'alvéole et le caillot qui se forme quelques instants après met obstacle à la pénétration de nouveaux éléments infectieux.

II. — De l'extraction de chaque espèce de dent en particulier

I° Dents permanentes

Mâchoire supérieure. — Si le médecin dispose d'un siège un peu élevé, l'opération sera rendue plus commode.

Il se place à la droite du patient et un peu en arrière. Le bras gauche entoure le cou du malade, dont la tête, renversée en arrière, repose sur la poitrine de l'opérateur.

S'il s'agit d'une dent de la moitié gauche de la mâchoire, l'index et le médius écartent la commissure ; si c'est une dent de droite, la pulpe du pouce est appliquée sur les dents du bas pour maintenir la mâchoire abaissée, pendant que l'index tend la commissure dont l'écartement sera d'ailleurs complété par le davier.

Incisives, Canines. — On emploiera, pour les extraire, le davier-baïonnette. Les mors seront introduits, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure ou palatine.

Le premier mouvement de luxation doit être dirigé en haut, comme si l'on voulait enfoncer la dent dans son alvéole; grâce à la forme conique de la racine, la partie supérieure de l'alvéole se dilate et les adhérences se rompent. On achève par des mouvements d'avant en arrière de plus en plus étendus. La sortie de l'alvéole se fait en tirant directement en bas et en imprimant en même temps à la dent un mouvement de torsion.

Prémolaires. — On les saisit dans leur axe transversal. Le premier mouvement de luxation doit se faire en dehors, puis en dedans et ainsi de suite, mais c'est dans ces cas surtout que ces mouvements doivent être lents et moelleux, car les prémolaires ont souvent des racines bifides et grêles qui se rompent facilement.

Première et deuxième molaires. — On emploie, pour les extraire, le davier spécial droit ou gauche. Avant d'enfoncer les mors, il faut s'assurer que la pointe du mors externe pénétrera bien entre les deux racines externes et que le mors interne saisit bien la racine palatine. Quand le davier est suffisamment enfoncé pour saisir les racines, il faut *luxer en dehors* très franchement, de façon à écarter le bord alvéolaire externe et à dégager la racine palatine qui est la plus longue, la plus volumineuse et dirigée obliquement.

On ramène alors le davier en dedans et ainsi de suite. La sortie de l'alvéole se fait en tirant dans l'axe de la dent.

Dents de sagesse — Le davier-baïonnette suffira presque toujours. Les mouvements de luxation sont les mêmes que pour les molaires, mais doivent être moins étendus. Les racines des dents de sagesse supérieures sont souvent courtes, mais contournées et se casseraient facilement si on faisait des mouvements trop larges ou trop brusques. Ces précautions feront éviter en outre un accident possible, l'arrachement de la tubérosité maxillaire.

Mâchoire inférieure. — Le patient devra de préférence être assis assez bas, sur une chaise ordinaire par exemple.

S'il s'agit des prémolaires ou des molaires droites, l'opérateur se place à droite et franchement en arrière du malade, de façon à le dominer. Le bras gauche entoure la tête renversée en arrière et appuyée sur la poitrine. La pulpe du pouce sur les incisives et les autres doigts sous le menton fixent la mâchoire inférieure et la maintiennent abaissée. Le davier se chargera d'écarter la commissure.

S'il s'agit des dents antérieures (incisives, canines) ou des prémolaires et molaires gauches, l'opérateur se place en avant, face au patient et un peu à droite. Avec le pouce sur les incisives et les autres doigts sous le menton, il maintient la mâchoire inférieure.

Mais dans cette position la tête n'est pas fixée, puisque nous supposons le patient assis sur une chaise dépourvue de têtière. On peut y remédier en le plaçant près d'un mur, d'un meuble, etc., sur lequel il puisse appuyer la tête.

Quelques opérateurs se placent à droite du patient, lui entourent la tête du bras gauche et se l'appuient sur la poitrine. Cette position a l'avantage de fixer la tête, mais n'est pas commode pour le médecin, car pour appliquer le bec de faucon à gauche, il est obligé de faire un mouvement de torsion du poignet, qui lui enlève une partie de sa précision et de sa force.

Incisives, Canines, Prémolaires. — On emploiera le davier bec de faucon à mors simples. Les mors sont placés l'un en avant, l'autre en arrière pour les incisives et les canines, en dedans et en dehors pour les

prémolaires. Le pouce quitte un instant sa position pour exercer une pression sur l'articulation du davier afin d'enfoncer les mors. Un mouvement de bascule en dehors, un autre en dedans, et la dent luxée est extraite en tirant directement en haut.

Molaires. — Elles s'extraient à l'aide du davier bec de faucon dont les mors sont munis de deux gouttières séparées par une crête. On s'assure que les pointes s'insinueront entre les deux racines ; la pression du pouce les fait pénétrer.

Il faut alors faire un mouvement de bascule en dehors, puis en dedans, et terminer l'extraction en tirant directement en haut.

Dents de sagesse. — L'extraction des dents de sagesse inférieures est une de celles que craignent le plus les débutants, et qui d'ailleurs présente souvent le plus de difficulté, tant à cause de la situation de la dent elle-même que des complications qui la motivent. Le davier bec de faucon pourra servir dans les bouches assez grandes ou dilatables, mais *l'instrument de choix est la langue de carpe.*

Pour opérer avec la langue de carpe, il faut se placer en avant, face au patient et un peu à droite. L'instrument est tenu comme un tourne-vis, la poignée reposant dans la paume de la main, la pulpe de l'index sur le talon de la lame. Il est prudent de placer l'index gauche entouré ou non d'une compresse près de la dent à extraire pour arrêter l'instrument si une échappée se produisait.

On insinue alors la langue de carpe entre la deuxième molaire et la dent de sagesse, de dehors en dedans pour le côté gauche, de dedans en dehors pour le côté droit et on la fait pénétrer profondément.

Le genou de l'instrumeut repose sur la deuxième molaire. Il suffit alors d'abaisser le manche en prenant point d'appui sur cette dent. La dent de sagesse cède assez facilement, car ses racines courtes et réunies présentent une courbure à concavité tournée du côté de la branche montante du maxillaire.

L'extraction est souvent complète, ou il ne reste qu'à cueillir la dent avec un davier quelconque.

2° Dents temporaires.

Les dents antérieures, incisives, canines de lait ne présentent, en général, aucune difficulté, et on n'a que rarement recours au médecin pour en pratiquer l'extraction.

Le davier baïonnette pour le haut, le davier bec de faucon à mors simple pour le bas suffiront à tous les cas.

Le médecin a plus souvent l'occasion d'intervenir pour les molaires. C'est une erreur de croire que l'extraction en soit toujours très facile : les racines « rongées » pour ainsi dire sur leur face interne par la dent définitive sous-jacente, sont grêles, divergentes, et comme emprisonnées entre les dents voisines et la couronne de la dent permanente. C'est dans ces cas qu'il importe de ne pas vouloir aller trop vite, sous peine de casser les racines.

Aussi les mouvements de luxation, qui sont les mêmes que pour les molaires définitives, devront être plus lents, moins étendus, et l'on ne fera le mouvement d'extraction que quand on sera bien certain qu'aucune adhérence ne retient plus les racines.

Une précaution non moins importante consiste à ne pas léser, en enfonçant les mors du davier, la dent sous-jacente. Aussi on devra presque toujours éviter d'employer les daviers dont les mors sont munis d'une pointe : le davier-baïonnette pour le haut, le davier bec de faucon à mors simples pour le bas, suffiront pour extraire toutes les dents de lait.

III. — De l'extraction des racines.

L'extraction des racines ne diffère guère de celle des dents dont la couronne existe encore, puisque l'on doit toujours agir comme si la couronne n'existait pas et saisir la racine elle-même.

Pourtant quelques particularités méritent d'être signalées :

Mâchoire supérieure. — Les racines des dents uniradiculaires comme les *incisives*, les *canines*, ou à racines réunies comme les *prémolaires* ne présentent rien de particulier, C'est dans ce cas qu'il faut enfoncer franchement les mors du davier et saisir même souvent le rebord alvéolaire. Il est également très important de placer la pulpe du pouce entre les branches du davier pour modérer la pression. Les mouvements de luxation et d'extraction sont les mêmes que s'il s'agissait des dents entières.

Molaires. — Quand les molaires sont découronnées, ou bien les racines sont encore solidement réunies, ou bien elles ne tiennent plus ensemble que faiblement, ou enfin elles sont nettement séparées.

Dans le premier cas on peut essayer de les extraire toutes les trois en un seul temps. C'est le davier-baïonnette qu'il faut employer et non le davier ordi-

naire dont la pointe, en s'insinuant entre les deux racines externes, achèverait la séparation.

On saisit une seule racine, l'antérieure, par exemple, ou encore on prend la dent suivant un diamètre oblique et l'on fait les mouvements de luxation ordinaires. Si les points d'union des racines sont encore assez résistants, on pourra les extraire toutes en une seule fois.

Si les racines paraissent unies seulement par des débris d'ivoire peu solides, il vaut mieux commencer par les séparer complètement. C'est encore le davier-balonnette que l'on emploiera : les mors une fois introduits l'un en dehors, l'autre en dedans, on exerce une pression énergique qui a pour effet de faire glisser les unes sur les autres les trois racines et de rompre les dernières adhérences qui les unissent. Il faut alors lâcher prise, saisir chaque racine séparément, en commençant par celle qui paraît la plus commode, la palatine, souvent, qui est, en général, la plus malade et de ce fait la moins solide.

Si enfin les trois racines sont nettement séparées, on les extraira successivement avec le davier-balonnette comme dans le cas précédent.

Mâchoire inférieure. — L'extraction des racines des *incisives, canines* et *prémolaires* se pratique absolument comme l'extraction des dents entières, à l'aide du davier bec de faucon à mors simples.

Molaires. — Pour les racines des molaires on emploiera également le bec de faucon à mors simples parce que, comme à la mâchoire supérieure les racines sont séparées. Il n'en faut saisir qu'une des deux à la fois. Si elles sont encore assez étroitement unies, on extraira les deux en un seul temps ; sinon le pont d'union se rompra et on n'en extraira qu'une seule ; il suffira de prendre la seconde ensuite. Le mouvement de luxation se fait d'ailleurs pour chaque racine comme pour la dent entière, en dehors, puis en dedans.

Il est des cas intermédiaires où non seulement les racines ne sont pas séparées, mais où il existe encore une petite portion de la couronne, mais seulement la partie externe. On peut craindre n'avoir pas assez de prise en dedans pour faire le premier mouvement de luxation en dehors. Il faut, dans ces cas, faire ce premier mouvement en dedans, en prenant un point d'appui sur la face externe de la dent qui offre plus de résistance.

Pour les racines de la *dent de sagesse,* la langue de carpe est indispensable et s'emploie comme pour l'extraction de la dent entière.

Nous avons considéré exclusivement et à dessein les cas les plus ordinaires et par conséquent les plus fréquents, pour lesquels suffiront au médecin les cinq daviers que nous avons conseillés.

Il existe des extractions difficiles, surdents, dents barrées, racines profondément enfoncées, contracture des mâchoires, etc., pour lesquelles on emploie des procédés et des instruments spéciaux (leviers, etc., etc.).

Ces cas rentrent dans les exceptions ; or le médecin doit être armé pour la pratique courante et non pour les cas exceptionnels.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Blanchard. — Ce n'est pas par l'eau que se contracte la filariose, mais par la piqûre des moustiques.

Société de Chirurgie. — M. Bazy a fait des expériences intéressantes, démontrant que l'on peut aseptiser les mains par de simples lavages et qu'il est inutile d'employer les gants trop gênants dans certains cas.

Société de Biologie. — MM. Grimbert et Legros ont identifié le bacille lactique aérogène et le pneumo-bacille de Friedlander.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Chauffard critique la dénomination de cirrhose hypersplénomégalique proposée par M. Gilbert. — Il y a dans le groupe des cirrhoses biliaires des faits qui ne sont pas homogènes, mais on ne peut se baser, pour les dissocier, sur un fait aussi variable que le poids de la rate.

Société d'obstétrique de Paris. — M. Segond considère l'ablation des corps fibreux par le vagin, sans hystérectomie quand elle est possible, comme une simple opération ne comportant aucune gravité.

Société médico-chirurgicale. — M. Verchère étudie le traitement des adénopathies cervicales chroniques. Il repousse tout traitement chirurgical quand les ganglions ne sont pas suppurés.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 25 Mai 1900
Présidence de M. LOOTEN, président.

Présentation de pièces pathologiques à propos d'une réclame pharmaceutique

M. Folet, à propos d'une préparation pharmaceutique très en vogue dans le public et mise en vente par un pharmacien d'une ville voisine, fait le récit détaillé des méfaits que l'on peut et doit attribuer à cette poudre.

Cette préparation, réputée merveilleuse dans les affections utérines et vaginales, est constituée par un mélange d'alun, de coquilles d'œufs de poule, et d'autres produits semblables ; elle avait été prescrite par le « pharmacien-spécialiste » à une de ses clientes présentant quelques troubles utérins dus à une légère antéversion ; elle n'eut d'autre résultat que de lui donner rapidement une vaginite intense, dont M. FOLET présente de larges plaques desquamatives.

M. FOLET présente à ce sujet quelques considérations médico-légales, sur l'exercice illégal de la médecine, demandant s'il ne serait pas indiqué d'agir un peu vivement contre le charlatanisme évident de ce pharmacien.

A la suite de cette communication, s'engage une intéressante discussion à laquelle prennent part MM. LOOTEN, QUI, VANVERTS, NOQUET, rapportant chacun des faits analogues, imputables à la même poudre astringente ; et la Société décide de publier in-extenso la communication de M. FOLET, en y ajoutant toutefois les faits nouveaux mis en relief au cours de la discussion.

Sur l'asepsie des mains du chirurgien

M. Mariau communique le résultat de son expérience sur l'usage d'un vernis pour l'asepsie des mains du chirurgien.

Constatant que les différents procédés employés dans le but de recouvrir l'épiderme du chirurgien étaient insuffisants, ou en tout cas peu pratiques (gants de caoutchouc, etc.,) il a cherché à enduire les mains d'un vernis très adhésif, très souple, ne se déchirant pas dans les mouvements de flexion et d'extension, et n'altérant pas surtout la délicatesse de la sensibilité cutanée. M. MARIAU a trouvé toutes ces qualités réunies dans le vernis n° 3 des frères LOCHNÉE, composé d'alcool, de résine et de gomme laque. L'addition de quelques gouttes d'essence de lavande, en lui donnant une odeur agréable, augmente encore son pouvoir antiseptique.

M. MARIAU, pour faire ses expériences, fit usage d'un appareil imaginé par M. CALMETTE, permettant d'opérer à l'abri de l'air. Cet appareil, essentiellement constitué par une caisse cubique dont la paroi supérieure est fermée par une feuille de verre, est percé sur deux de ses parois latérales de deux orifices, à la circonférence desquels sont adaptés deux manches de caoutchouc. On place dans l'appareil un cristallisoir contenant le bouillon devant servir aux cultures, le vernis, des tubes à essais. L'appareil ainsi installé peut servir aux expériences. Les mains, chargées de matières septiques, furent alors introduites dans les manches de caoutchouc après avoir été enduites toutefois d'une couche imperméable de vernis Lochnée ; puis plongées dans le bouillon pendant cinq secondes : ce bouillon, placé à l'étuve pendant plusieurs jours, ne cultiva pas ; cette expérience a été renouvelée, sans que jamais aient germé les cultures. Au contraire, il lui suffisait de plonger les doigts non enduits de vernis pendant une demi seconde pour obtenir rapidement avec le même bouillon une culture très abondante.

M. MARIAU insiste sur la nécessité de ne pas omettre d'enduire de vernis le bord cubital de la main que trop souvent les chirurgiens laissent échapper à leurs soins d'asepsie. Il montre les avantages de ce procédé permettant de pratiquer des opérations aseptiques, même après avoir pris part à des autopsies ou à des interventions septiques.

M. Folet adresse ses vives félicitations à M. MARIAU, à propos du procédé qu'il recommande. Il a expérimenté les gants de caoutchouc, mais a dû y renoncer, n'y trouvant pas les avantages suffisants pour compenser la perte du tact. Mais il croit que l'on peut très bien arriver à une asepsie des mains suffisante pour opérer avec toutes les chances de succès, même après avoir fait une opération septique. Il cite à ce sujet les expériences de BAZY, de Paris, qui, après avoir trempé ses doigts dans des milieux virulents, les plonge ensuite dans le ventre d'un lapin qui succombe en quelques heures. Après s'être lavé soigneusement les mains pendant dix minutes, comme s'il voulait pratiquer une laparotomie, il ouvre le ventre d'un second lapin, et celui-ci survit à l'intervention.

M. Mariau objecte à cette expérience que la culture ne réagit pas contre le bacille, tandis que la phagocytose peut très bien intervenir pour faire disparaître les quelques germes apportés par l'expérimentateur dans le péritoine du lapin.

M. Lambret, tout en trouvant ingénieux le procédé de M. MARIAU, demande à faire quelques objections théoriques, ne voyant pas la possibilité d'assimiler l'état de la main et des doigts de l'expérimentateur à ceux du chirurgien au cours d'une intervention; car, il se fait toujours de petites ulcérations, dues soit aux catguts, soit aux instruments à manche rugueux, et de plus, pendant l'intervention, les glandes travaillent, amenant à l'extérieur leurs sécrétions.

M. Mariau ne se prononce pas encore sur cette question, il désire auparavant compléter ses expériences.

M. Oui, se montre tout disposé à employer ce vernis en obstétrique, y voyant un moyen efficace de protection contre certaines inoculations. De plus, en n'employant le gant de vernis que pour les interventions septiques, on pourra ensuite, après décapage préalable, tenter une opération aseptique, sans courir les chances d'une inoculation.

De l'hyperesthésie thermique des neurasthéniques

M. Ingelrans, à propos d'une malade, nettement neurasthénique, chez laquelle il a pu constater l'extrême sensibilité thermique des neurasthéniques, fait une intéressante communication dans laquelle il met en doute l'existence de la fièvre neurasthénique. Cette malade, chez laquelle il fut appelé une nuit pour son enfant, se plaignait alors d'avoir une fièvre intense, « elle avait les poignets brûlants, sa figure était rouge et de plus le pouls battait à 104. Il était persuadé qu'il s'agissait d'une fièvre marquée et pourtant la température rectale n'était que de 36°8 »; la température était donc inférieure d'un degré à celle du jour, où jamais ne se produisait de sensation de chaleur anormale. La malade avait probablement de la vaso-dilatation cutanée, amenant à la peau une chaleur voisine de celle des organes centraux et son hyperesthésie thermique entrait alors en jeu pour lui faire admettre la fièvre.

En se basant sur cette observation, on voit que la fièvre neurasthénique n'est pas une réalité, ce qu'a essayé de démontrer du reste M. PARISOT, de Nancy, au Vme Congrès de médecine (*sera publié*). P. V.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

La nouvelle Idole

Celle à laquelle les peuples civilisés brûlent des plats d'encens, avec la fruste et instinctive terreur des représailles de la déesse, c'est l'hygiène.

Les fanatiques du culte de la déesse jalouse ont leur adoration faite de crainte, de respect et d'égoïsme.

Les masses considèrent tous les médecins comme les prêtres de la nouvelle idole ; et elles ont des anathèmes pour ceux qui font montre d'athéisme. Il y a là un danger social pour nous, car il en est parmi les médecins qui parlent au nom de l'hygiène, et leurs discours, enflés dans le porte-voix du temple, ont parfois de macabres périodes.

Ainsi le célèbre docteur HEGAR vient de proposer aux chambres prussiennes un projet de loi d'hygiène qui se passe de commentaires.

« Il est interdit de contracter mariage à toute personne » affectée d'un vice de conformation, d'une infirmité, d'une » maladie ou d'une affection du sang, toutes les fois qu'il peut » en résulter des tares graves pour les descendants de cette » personne. »

La Grèce ancienne, adoratrice de la perfection des formes et de la beauté, avait déjà des lois qui condamnaient à mort l'être né chétif, et, dans la Rome de jadis, le père de famille avait à la naissance de ses rejetons, le droit de les élever ou de les abandonner, ce qui était le droit de vie ou de mort.

Le docteur HEGAR, n'osant reconstituer les lois de DRACON et de LYCURGUE, ordonnant l'infanticide légal de l'être chétif, fait de la prophylaxie en interdisant le mariage aux disgraciés et aux tarés afin de supprimer les descendances déliquescentes et détraquées.

Mais avec ce projet, interdisant les unions légales, l'auteur a-t-il prévu les suites de l'amour libre qu'il ne pourra empêcher ?

Y aura-t-il moins de dégénérés parce que le mariage sera défendu aux tarés ? Et à moins d'aborder le redoutable problème de la recherche de la paternité, le projet HEGAR a-t-il la moindre chance de reconstituer une humanité saine et plus vigoureuse ?

Le corollaire de cette loi étrange serait la création de gynécées, pour parler un langage académique, à l'usage des interdits à moins qu'une nouvelle loi ne leur impose la castration.

Le projet HEGAR interdit le mariage à toute personne affectée d'un vice de conformation, d'une infirmité, d'une maladie transmissible par hérédité.

Voilà donc rangés parmi les interdits les bataillons serrés des estropiés de notre vie surchauffée. Les alcooliques, les épileptiques, les déments, les bossus, les tuberculeux, les syphilitiques, les lupiques, et les herpétiques, les rhumati-

sants et les podagres, les simples polydactyles et les porteurs de bec de lièvre, les asymétriques, les nains et les bancals, j'en passe et des meilleurs... tous interdits. Puis nous savons par les expériences de CHARRIN, que certaines affections infectieuses, artificiellement provoquées chez des animaux, provoquent la naissance de monstres. Les mêmes maladies peuvent fournir dans la descendance humaine des êtres mal formés.

Nous en sommes convaincus, ce n'est pas encore une loi semblable qui pourra régénérer les races abâtardies. Il faut, aux passions humaines, un autre frein que celui de la force des lois. Il faut inculquer à l'adolescent une morale supérieure qui lui fasse entendre et écouter la voix de la conscience et qui lui inspire une saine appréciation de ce qui est juste ou injuste.

Le culte de l'hygiène ne doit pas inspirer à ses servants des coercitions étranges et des réglementations antinaturelles, sans quoi les prêtres de la nouvelle idole deviendront ou odieux ou ridicules.

(*Le Scalpel*) Dr L. DEJACE.

L'Académie de médecine a discuté il y a une quinzaine de jours la question de la mortalité de la rougeole et de l'utilité de la désinfection dans cette maladie.

La même question s'est posée dernièrement au Conseil d'hygiène de Boston et nous empruntons aux comptes rendus de la Société le passage suivant qui montre la gravité de la rougeole et la nécessité d'en limiter les ravages.

C'est une erreur grave et très répandue dans le public de regarder la rougeole comme une affection sans importance et de penser qu'il est inutile de se préoccuper des moyens de prévenir son extension. Il suffit, pour démontrer les dangers de cette opinion, de se reporter aux statistiques publiées.

Dans ces quatre dernières années, il y a eu seulement 230 décès par scarlatine dans le Connecticut, tandis que la rougeole compte 427 morts.

En Angleterre, d'après les chiffres du Registrar General, de 1888 à 1897, le nombre des décès par scarlatine a été de 57,226 ; celui des décès par rougeole s'est élevé à 128.043, plus du double de la mortalité scarlatineuse. En Irlande, la proportion est à peu près la même : 5,272 décès par scarlatine, 8,842 par rougeole.

Il est vrai, ajoute le compte rendu, que la mortalité directe de la rougeole n'est pas très élevée par rapport au nombre total des malades. Mais, à la suite d'une épidémie de rougeole, il y a une augmentation considérable de la mortalité par pneumonie, bronchite et tuberculose.

Cette maladie anodine a fait plus de victimes, en dix ans, en Angleterre, que la scarlatine et la diphtérie réunies. Pour l'Angleterre et l'Irlande, la rougeole, dans cet espace de temps, a tué 136.885 personnes. La scarlatine et la diphtérie, dans le même temps, ont causé 135.682 morts.

Il faut donc renoncer à cette croyance que la rougeole est une maladie insignifiante. Il faut la mettre au rang des affections les plus dangereuses pour la santé publique et s'efforcer de la combattre par tous les moyens dirigés contre les autres maladies contagieuses.

(*Médecine Moderne.*)

BIBLIOGRAPHIE

L'Œuvre antituberculeuse

Nous venons de recevoir le premier numéro d'une nouvelle revue intitulée : *L'Œuvre antituberculeuse*, publiée sous la direction de nos confrères DUMAREST et SERSIRON et ayant pour collaborateurs tous ceux qui, en France, ont pris l'initiative du mouvement antituberculeux dans chaque région.

Le but que se propose le journal est de faire de la propagande contre la tuberculose dans tous les milieux et de montrer comment l'on pourrait, si tous voulaient y contribuer, remédier à l'effroyable fléau qu'on a dénommé la Peste moderne.

On ne saurait trop louer l'initiative de MM. DUMAREST et SERSIRON ; la flamme ardente « l'enthousiasme chronique » qu'ils possèdent, ils veulent les faire passer dans tous les esprits, dans tous les cœurs. Depuis qu'ils mènent la campagne, l'un à Paris, l'autre à Lyon, ils ont déjà amené à eux bon nombre d'ardents prosélytes et nous sommes persuadés que le Bulletin dont ils inaugurent aujourd'hui la publication leur fournira de nouvelles et nombreuses recrues.

Signalons parmi les articles les plus remarquables de ce premier numéro, celui de M. SERSIRON, sur l'Œuvre Parisienne, celui de M. DUMAREST, sur l'Œuvre Lyonnaise, et celui de M. LETALLE, sur l'assistance aux tuberculeux pauvres.

Non seulement « l'Œuvre antituberculeuse » fera de la propagande, mais encore elle apportera des fonds aux diverses œuvres en éclosion. « Le montant des abonnements, une fois prélevés les frais stricts d'impression et d'envoi du journal, sera réparti entre les diverses œuvres, d'après les indications portées par les souscripteurs eux-mêmes sur leur bulletin d'abonnement ». Ainsi, par exemple, on s'abonnera au profit de l'Œuvre du Nord, de l'Œuvre lyonnaise, bordelaise, etc...

Joignons à cela que la forme du journal particulièrement soignée et luxueuse constituera en fin d'année un superbe volume de 4 à 500 pages.

Nous souhaitons le plus grand succès à « l'Œuvre antituberculeuse ». Il n'est que juste que les efforts faits par ses savants directeurs soient aidés et secondés largement par tous.

Dr E. A.

G. LINOSSIER. — L'hygiène du dyspeptique.

(Paris. Masson, 1900)

La bibliothèque d'hygiène du Professeur Proust vient de s'enrichir d'un nouveau volume : « L'hygiène du dyspeptique » dont je me fais un plaisir et un devoir de recommander la lecture aux lecteurs de *l'Echo Médical du Nord*.

Ce nouveau volume a pour père M. LINOSSIER. Bien préparé par ses travaux antérieurs à l'étude des problèmes complexes de chimie digestive, M. LINOSSIER, ancien agrégé de la Faculté de Médecine de Lyon, actuellement médecin consultant à Vichy, s'est consacré plus spécialement, depuis un certain nombre d'années, à l'étude des maladies du tube digestif dont la clinique de Vichy lui fournit chaque année des cas intéressants. Il est l'auteur de nombre de travaux importants sur la Chimie et la Pathologie du tube digestif, aussi était-il tout indiqué pour la rédaction de cet ouvrage.

Sous sa forme volontairement élémentaire, « l'Hygiène du dyspeptique » est un ouvrage qui contient une foule de documents intéressants et très souvent ignorés de l'élève

et du praticien, et, pour débarrassé qu'il soit de tout appareil inutile, on y trouve les notions biologiques nécessaires exposées à chaque page avec la clarté que donne la pleine connaissance du sujet.

Le livre du Dr Linossier est divisé en deux parties.

La première a trait à l'hygiène générale de la digestion, la deuxième à l'histoire spéciale des divers troubles dyspeptiques ; par *dyspepsie*, M. Linossier entend simplement mauvaise digestion, ce qui lui permet d'étudier successivement la dyspepsie buccale, la dyspepsie gastrique, la dyspepsie intestinale.

La première partie consacrée aux notions générales est un peu plus développée que la deuxième partie et c'est là, à mon avis, une conception très heureuse, parce qu'elle a pour résultat de mettre le médecin à même de bien connaître les notions indispensables de physiologie générale et de chimie physiologique, de se rendre bien compte de la valeur et de la digestibilité des divers aliments, de leur utilisation à l'état normal et, par suite, en lui apprenant les diverses modalités des phénomènes physiologiques, de l'amener à mieux comprendre les indications diverses des régimes et des modificateurs hygiéniques qu'il peut être obligé d'employer dans la cure des variétés si nombreuses des dyspepsies. Cet exposé complet des notions physiologiques est un avantage sérieux que je trouve au livre de M. Linossier sur le seul manuel pratique que nous eussions jusqu'ici entre les mains, à savoir : « Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies » de Mathieu, dans lequel la partie physiologique est trop restreinte à mon avis.

Cette première partie ne comprend pas, au reste, de développements scientifiques bien considérables ; tout y est envisagé au point de vue essentiellement pratique ; le médecin qui désirerait des renseignements plus complets sur ces questions, en particulier sur la ration d'entretien, sur la valeur alimentaire et le coefficient d'utilisation des divers aliments simples tels que l'albumine, la graisse, les hydrates de carbone ou naturels, tels que le lait, les viandes, les céréales, les liquides, etc... n'aurait qu'à se rapporter aux articles des dictionnaires de chimie et de physiologie, au traité de Diététique de I. Munk et C. Ewald, ou à l'article tout récent du professeur Lambling : « *Notions générales sur la nutrition à l'état normal*, » dans le tome III du Traité de pathologie générale de Bouchard.

M. Linossier consacre cent trente-cinq pages à l'étude des aliments naturels.

Le médecin trouvera dans ce chapitre tous les renseignements dont il aura besoin sur le lait, la viande, les œufs, les céréales, les divers légumes et boissons et les prétendus aliments d'épargne. De sorte qu'il sera ainsi plus préparé à aborder l'étude des questions ayant trait à la quantité et au volume des aliments, à leur répartition en repas, à l'influence des modificateurs hygiéniques généraux : climat, exercice, sommeil, etc., étude qui forme les troisième et quatrième chapitres de la première partie.

La deuxième partie, ainsi que nous l'avons dit, est consacrée à l'étude spéciale des divers troubles dyspeptiques.

Il est difficile de donner une analyse détaillée de cette partie qui a trait à des états pathologiques excessivement nombreux et très divers au point de vue symptomatique.

Là aussi les conseils judicieux et pratiques abondent, et cette partie ne sera pas la moins souvent consultée par le médecin et l'étudiant.

Le livre de M. Linossier vient certainement à son heure, car l'étude des maladies du tube digestif a été tellement remaniée depuis dix ans, qu'élèves et médecins sont souvent embarrassés dans les recommandations à faire à leurs malades. C'est pour avoir entendu à ce sujet un grand nombre de fois les doléances justifiées de nos confrères que nous leur signalons avec empressement ce livre simple, méthodique, précis, et suffisamment complet pour leur rendre les services qu'ils sont en droit d'en attendre.

Un livre tel que celui de M. Linossier fait honneur, non seulement à son auteur, mais encore au corps si distingué des médecins de Vichy, qui comprend un grand nombre de savants de premier ordre, et, quand on voit la part considérable qu'ont prise au mouvement scientifique contemporain les Dufourt, les Durand-Fardel, les Glénard, les Lagrange, etc., pour ne citer que les premiers noms, que le souvenir de Vichy amène sous notre plume et sans oublier les autres que nous ne nommons pas, on peut être assuré que la science thermale est en France en très bonnes mains et, que si nos confrères trouvaient auprès des municipalités et des compagnies financières intéressées, l'aide intelligente à laquelle ils ont droit, on pourrait, au point de vue patriotique, envisager l'avenir d'une façon plus rassurante que ne voudraient nous le faire croire ceux qui nous annoncent la prochaine déchéance de nos stations au profit de leurs rivales d'Outre-Rhin.

H. Surmont.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Pendant toute la durée de l'Exposition, fonctionnera, à l'**Hopital international de Paris**, 95, boulevard Arago, un service de conférences, où tous les médecins français et étrangers pourront, à titre absolument gracieux, faire des leçons, des conférences ou des cliniques, en prenant tout le temps nécessaire à leurs démonstrations. Déjà un grand nombre de savants se sont fait inscrire.

On est prié d'adresser dès maintenant le titre des communications à l'organisateur de ces conférences, M. le Dr S. Bernheim, 9, rue Rougemont, Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Concours pour l'adjuvat des asiles d'aliénés** s'est tenu à Lille du lundi 21 au mercredi 23 mai, sous la présidence de M. Regnard, inspecteur-général des asiles d'aliénés, et avec MM. les docteurs Combemale, Gallopain, directeur de l'asile de Tain (Meuse); Martinenq, directeur de l'asile de Dury (Somme); Chaussinand, directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), comme juges; M. le docteur Pâris, directeur de l'asile de Maréville, comme juge-adjoint.

Trois places étaient annoncées; dix candidats étaient inscrits. Sept seulement ont répondu à l'appel de leurs noms : MM. les docteurs Brunet, Rodiet, Petit, Pelas, internes des asiles de la Seine; Ricoux, interne de l'asile de Maréville; Hauteffuille, interne de l'asile de Dury; Raviart, interne des hôpitaux de Lille.

A l'épreuve écrite, a été donnée la question suivante : *Portion cervicale du grand sympathique* : restaient dans l'urne : *Le faisceau pyramidal, le nerf acoustique.* Obte-



naient successivement, sur 36 points, MM. RAVIART 29, RODIET 28, BRUNET 27, PALAS 23, PETIT 22, HAUTEFEUILLE 12, RICOUX 10.

L'épreuve des titres et travaux valait à MM. RAVIART 10, RODIET et RICOUX 9, PELAS et PETIT 8, BRUNET et HAUTEFEUILLE 7.

L'épreuve orale fut jugée sur la question : *Signes et diagnostic des endocardites aiguës, fracture de l'extrémité inférieure du péroné.* Sur 20 points, MM. RAVIART et BRUNET obtenaient 16, RODIET 15, RICOUX et PELAS 12, PETIT 10, HAUTEFEUILLE 8. Les questions restées dans l'urne étaient : *Signes et diagnostic de la variole, hydrocèle ; Zona, plaies pénétrantes de poitrine.*

L'épreuve clinique eut lieu à l'asile d'Armentières : deux aliénés, dont l'un plus spécialement au point de vue médico-légal, furent examinés par chaque candidat. Les notes accordées pour cette épreuve furent pour MM. RAVIART et RICOUX 30, le maximum, BRUNET 28, PETIT 20, PELAS 18, RODIET et HAUTEFEUILLE 10.

Les candidats reçus étaient M. RAVIART avec un total de 85 points sur 90, BRUNEL de 78, RICOUX et RODIET exæquo 62 points. Venaient ensuite M. PELAS 61 points, PETIT 58, HAUTEFEUILLE 42.

Le concours fut de tous points remarquable, par le nombre des candidats et leur valeur intrinsèque. Il serait désirable que cette amélioration si appréciable se maintint dans l'avenir.

Nous adressons à M. RAVIART, élève de notre Faculté, nos félicitations à l'occasion du brillant succès qu'il vient de remporter, gage des succès futurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Ont été élus les associés nationaux : MM. les professeurs RONDET (de Lyon) et ANDOUARD (de Nantes). — On été élus correspondants nationaux : MM. les docteurs LAROYENNE (de Lyon) et DURET (de Lille).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

20me SEMAINE, DU 13 MAI AU 19 MAI 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	5
3 mois à un an	2	3
1 an à 2 ans	9	1
2 à 5 ans	5	2
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	9
40 à 60 ans	10	6
60 à 80 ans	11	15
80 ans et au-dessus	1	3
Total	51	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	1	»	»	1	6	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	1	1	»	»	4	»	»	»	»	»	5	15	15
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	»	2	3	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	2	13	9
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	2	»	»	4	2	»	»	1	»	7	20	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	2	»	»	»	1	»	6	12	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	7	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	3
Fives, 24,191 hab.	»	1	1	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	2	9	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	1
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2
Total	»	4	1	»	2	»	»	7	12	5	6	»	»	19	3	»	1	2	»	34	96	93

N° 177. Quatrième Année. N° 22. Le Numéro : **10** centimes. 3 Juin 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Les « arracheurs de Pierres de Tête », à propos d'un tableau du Musée de Saint-Omer (1)

Par **H. Gaudier,**
professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille.

Il était autrefois un dicton populaire en Hollande : en parlant d'un individu, déséquilibré mentalement, on disait de lui : « Il a une pierre dans la tête ». Cette locution en usage chez le peuple, remontait, paraît-il, aux romans du roi Arthur. L'idée qu'un corps étranger logé dans le cerveau peut être la cause des dérangements de l'esprit se retrouve, d'ailleurs, dans le langage populaire de tous les pays.

Quoi qu'il en soit, cette idée que la folie provenait d'un corps étranger enfermé dans le crâne fut très bien acceptée dans les Pays-Bas, du XVe au XVIIIe siècle, et c'est de là que devait naître la pensée d'extraire les pierres de la tête, pour guérir les maladies de l'esprit.

Une foule d'empiriques audacieux, barbiers, rebouteux, charlatans, colporteurs de drogues, chirurgiens interlopes « *abuseurs, coureurs et larrons* » dont parle Ambroise PARÉ, résolurent d'exploiter à leur avantage cette crédulité populaire. Et les clients ne manquèrent pas, depuis les aliénés vrais, les épileptiques, jusqu'aux névropathes, aussi communs que de nos jours, les neurasthéniques, dirions-nous, qui veulent à tout prix se débarrasser du *casque* qui les étreint, de la *migraine* qui récidive.

Et ces charlatans opéraient soit sur la place publique, soit dans une officine, mais toujours entourés de nombreux compères et débitant auparavant des boniments, où ils promettaient à tous la guérison miraculeuse. Et tout cela appuyé sur la présentation de malades précédemment guéris, de pierres fraîchement extraites, de certificats louangeusement reconnaissants. L'on devine sans peine comment devait se passer la scène : Le patient, à moitié affolé, était solidement maintenu dans un fauteuil opératoire, véritable chaise de torture. L'opérateur lui faisait probablement une entaille très superficielle sur le front ou sur le cuir chevelu, puis en subtil escamoteur, extrayait de sa poche ou de sa manche, une pierre ou plusieurs, qu'il glissait dans les mors d'une pince, et qu'il présentait triomphalement au patient, simulant l'extraction hors de la plaie saignante.

Et tout cela devait être si vite fait, que le sujet,

(1) Les deux phototypies ci-contre, représentant l'ensemble et le détail du tableau de St-Omer, nous ont été aimablement prêtées par la Rédaction de l'*Iconographie de la Salpêtrière*, où avait déjà paru, avec ces planches, un article de nous sur le même sujet.

étourdi par l'audace et le *toupet* de l'opérateur, et n'y voyant que du feu, se sentait soulagé de son *casque* et de sa migraine et partait avec un léger pansement, remerciant et soldant grassement son prétendu sauveur.

Il faut que ces pratiques aient été bien habituelles du XVe au XVIIIe siècle aux Pays-Bas, pour que les dessinateurs et les peintres s'en soient emparés comme d'un sujet familier.

Henry MEIGE, le savant et documenté rédacteur en chef de l'*Iconographie*, a recherché avec soin les documents relatifs à ce sujet et il en a trouvé un grand nombre dont nous donnerons plus loin la liste détaillée. Déjà au commencement du XVme siècle, Jérome VAN AECKEN reproduisait les scènes de charlatanisme dans un tableau qui est au Rijks Museum d'Amsterdam. BREUGHEL-LE-VIEUX, le siècle suivant, en faisait le sujet de plusieurs de ses tableaux ; cent ans plus tard, JAN STEEN, dont on connaît trois tableaux relatifs à ce sujet, fait connaître par son *Opérateur* du Musée Boljmans de Rotterdam, que ces opérations *fictives* étaient encore de mise, et il nous en révèle tous les dessous. Ce tableau est aussi connu que charmant.

Dans la boutique, le charlatan en houppelande brune, manteau gris, coiffé d'un bonnet rouge bordé de fourrure, collerette blanche, fait tomber dans un bassin que tient une vieille femme, des pierres qu'il fait semblant de tirer de la tête d'un patient attaché devant lui, par des liens de paille, dans un fauteuil sur lequel est posé un corbeau. Le patient, en culotte grise et veste verte, un bonnet de fou jaune à clochettes sur la tête, une serviette autour du cou, a la figure contractée. A gauche, un aide prend dans le bassin et tend à l'opérateur les pierres. A gauche, plusieurs spectateurs regardent en riant, par une fenêtre ouverte. Sur une table, divers objets. Au fond, une armoire ; au plafond, un crocodile. — H. 0,44 et 0,36. B.

Plusieurs autres artistes des Flandres et des Pays-Bas ont traité le même sujet dans des compositions comiques ou satiriques. Les BREUGHEL, Théodore de BRY, FRANS HALS, ANDRIES BOTH, TENIERS le jeune, etc. Une gravure de NICOLAS WEDYMANS (1re moitié du XVIIme siècle), qui se trouve au Rijks Museum d'Amsterdam, porte une légende :

Loopt, loopt, met groot verblijden.
Hier, sal men't wijt van kijve snijden.

Courez, courez, une grande réjouissance.
On fera ici, l'opération des pierres de tête.

Il y a quelques mois, à l'occasion d'une visite au musée de St-Omer, le Dr BACHELET nous fit remarquer un tableau classé sous la rubrique : « Opération de la pierre de teste », et qui nous intéressa vivement. Ce tableau, situé dans la première salle du musée et fort mal éclairé d'ailleurs, loin de la lumière, était catalogué sous le numéro 18 du catalogue publié par M. Ch. REVILLON, conservateur du musée.

Voilà ce que disait à son sujet la notice du catalogue :

« 18. — *Opération de la pierre de teste.* — Bois, hauteur 0 m. 77, largeur 1 m. 07. »

Acheté en 1881, ce tableau a figuré à l'exposition rétrospective d'Arras en 1896 ; attribué à BREUGHEL Pierre, le vieux, dit le *drôle* ou des paysans, né à Breughel, village près de Bréda, vers 1525, mort à Bruxelles le 5 septembre 1569. Une étiquette ancienne collée derrière le tableau donne cette indication peu précise : « Breughel d'Enfer. Un hôpital. »

En voici la description détaillée :

Au milieu, le groupe principal : Le patient est un homme complètement chauve, vêtu d'une casaque olive et d'un pantalon jaune serin. Il est doté d'une grosse bedaine qui fait craquer ses aiguillettes. Sa jambe droite ramenée sous le fauteuil, la gauche allongée en avant, il tente vainement d'échapper à son bourreau. Un solide lien passé autour de la poitrine le maintient sur un fauteuil opératoire, engin solide à dossier plein, véritable chaise de torture dont il n'est pas aisé de se dégager. Le pauvre homme se démène, hurle à pleine bouche, ouvre de grands yeux effarés.

De la main gauche, il cherche à prendre un point d'appui sur le bras du fauteuil, tandis que de la droite il s'efforce de repousser l'aide chargé de le ligotter, au risque de l'éborgner.

Insensible à ces cris et à ces gestes, l'opérateur procède impassible à sa besogne ; vêtu d'une houppelande noire à ceinture jaune, coiffé d'un bonnet noir à longues oreilles tombantes, vieux, mais l'œil rusé, nez et menton de polichinelle.

A deux mains il tient une grosse tenaille avec laquelle il feint de saisir sur le front de son client la pierre de tête *toute rouge du sang de l'incision. Il met une grande attention à cette besogne charlatanesque et opère en pinçant malicieusement les lèvres.*

Derrière le fauteuil, un autre compère aux cheveux ras, montre sa tête, une tête bien rabelaisienne, réjouie, et une partie de son dos vêtu de rouge. Il regarde l'opéré en riant.

L'aide éborgné, un gaillard aux cheveux très touffus, vêtu lui aussi de rouge, témoigne par sa grimace douloureuse de la vigueur du patient.

Par terre (mal venus dans la reproduction phototypique), devant l'opérateur et sous le fauteuil, une collection d'instruments bizarres.

A gauche du groupe principal, au milieu de la pièce, une étrange commère, qui louche affreusement, est assise dans un panier d'osier, un voile noir sur la tête, surmontée d'un récipient de forme cylindrique, une fraise au cou, les jambes nues, un pied chaussé hors du panier, l'autre dedans. Armée d'un soufflet, elle attise le feu d'un réchaud.

A droite et en arrière du groupe principal, on en voit un second composé de trois personnages. Au milieu, un malheureux qu'on veut opérer à son corps défendant et qui proteste avec force gestes, cris et regards furibonds.

Il est vêtu de brun, porte à la ceinture un poignard. Il est solidement maintenu par un homme coiffé d'un haut bonnet fourré et qui tient un couteau entre ses dents. Un opérateur vénérable, avec des cheveux blancs, vêtu d'une longue robe rouge, une escarcelle noire à la ceinture et coiffé d'un long bonnet rose tendre, qui retombe en arrière sur le dos, soulève de la main gauche la casquette de fourrure du futur client et y découvre sur le milieu du front la tumeur à extirper. De la main droite il fait un geste persuasif.

Dans le coin gauche du tableau, l'artiste nous fait assister à une opération particulièrement pénible. Dans le feu de l'extirpation, opérateur et opéré ont culbuté l'un sous l'autre, et le fauteuil a suivi la chute. L'opérateur ne s'émeut pas pour si peu ; à plat ventre il opère encore, allongé sur le dos de son client qui, solidement fixé à son siège, n'a pu s'échapper. Il laboure avec son bistouri le front saignant de son client. Il y a probablement encore une pierre à extirper. Ce n'est pas la première, car l'opéré montre dans sa main gauche plusieurs petites pierres déjà retirées auparavant de sa tête.

Au fond du tableau, du même côté, scènes de pansement. Un gros homme rouge et barbu, à gilet vert et chausses blanches, est ligotté sur un fauteuil, les jambes allongées en avant. Il s'abandonne aux soins d'une infirmière à coiffe blanche qui noue un bandage sur son front.

Près de lui, on voit sur un autre fauteuil, un petit homme, vêtu de brun, le front bandé, les deux bras passés dans une écharpe blanche, un grand sabre sous le bras, un pied chaussé et l'autre nu, son soulier gisant non loin de là. Il regarde d'un air moqueur la scène du milieu.

Derrière ces groupes, au dernier plan, un rideau rouge qui masque une arrière-chambre. Un curieux passe sa tête derrière la draperie.

Plus sur la gauche, un autre personnage, tout nu, dans une posture non équivoque, cède aux besoins les plus impérieux de la nature. Ce sont là des facéties habituelles aux peintres de cette époque.

Au fond de la salle, une baie fermée par une claie d'osier. Un personnage à la tête ronde passe par les intervalles de cette claie sa main qui tient une cruche qu'il vide.

Enfin par la porte de l'officine, porte à vitraux, entre une foule de malades et de curieux. En avant, un vigoureux gaillard qui porte sur ses épaules un gros homme vêtu de jaune, coiffé de noir, la pierre de tête au front, au-dessus de l'œil gauche. Derrière eux, cinq ou six personnages dont l'un d'eux, sans doute pressé, montre sur son front la pierre à extraire.

Au dehors on aperçoit, flottante, l'enseigne de la maison, avec des pendeloques noires : dans le lointain la mer.

La décoration de cette salle d'opération *est fruste. Aux murs, à gauche de la porte, deux plats en cuivre et une serviette sur un rouleau. A droite, sur un rayon, des pots d'onguent. Au-dessous une collection de pierres de tête énormes, et un parchemin avec ses sceaux verts* (H. Meige).

Le tableau n'est pas très bien conservé ; il a été reverni à une époque antérieure à l'achat par le musée de St-Omer. Ce vernis produit un effet désastreux, de plus il est fendu en deux endroits ; aussi produit-il à la place où il est suspendu au musée un assez mauvais effet; mais si on le change de position et si on l'éclaire bien, il prend une tout autre allure : les couleurs crues s'éclairént à merveille, ce sont des jaunes serin, des bleus et des verts, et certaines têtes prennent un aspect tout à fait curieux, par exemple le groupe central qui représente un médecin en train d'extraire une « pierre de teste ».

En feuilletant la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (n° 2, année 1899) nous avons rencontré à la page 170 un article intitulé « *un nouveau tableau représentant les Arracheurs de pierres de teste,* » par le Dr Henry Meige.

Ce dernier s'est depuis longtemps occupé de cette

question des *Pierres de teste* qu'il a étudiée à plusieurs reprises (1).

Dans l'article que nous signalons se trouvait la reproduction phototypique d'un tableau au premier abord identique à celui de St-Omer. Ce tableau, qui appartenait autrefois au Dr MESNET, appartient actuellement au Dr PAUL DE MOLÈNES. C'est un panneau de bois, hauteur 0 m. 51, largeur 0 m. 66, non signé ; on lit dans un coin en bas à droite une fausse signature « *Holbein* », rossièrement apocryphe. M. HENRY MEIGE, qui étudie de très près ce tableau, pense qu'en raison de certaines incorrections de travail (figure d'expression uniforme, mains inhabiles, plis des étoffes lourdement indiqués, touches lumineuses épaisses et maladroites), cette peinture n'est pas de la main de BREUGHEL l'Ancien, auquel on l'a attribué ; il s'agirait pour lui d'une copie exacte, quoique fort médiocre, « d'un tableau de BREUGHEL l'Ancien, tableau aujourd'hui disparu ». Nous ne connaissons du tableau appartenant à M. PAUL DE MOLÈNES que la reproduction phototypique donnée dans la *Nouvelle Iconographie* et à laquelle nous venons de faire allusion, mais nous pensons que le tableau du musée de St-Omer est justement ce tableau original de BREUGHEL l'Ancien, que l'on croyait disparu. En effet, le tableau de M. DE MOLÈNES, s'il paraît au premier abord être de tous points identique à celui de St-Omer, offre cependant avec lui des dissemblances frappantes. D'abord il est plus petit, ce qui est en général le propre d'une copie. Mais ce détail en lui-même est peu important, en effet si l'on se reporte à la phototypie de M. MEIGE, p. 171, et si on la compare avec la reproduction que nous donnons ici du tableau du musée de St-Omer, il est facile de voir que le copiste s'est contenté d'un à peu près. Dans le tableau de St-Omer le premier plan, constitué par un homme obèse assis dans un fauteuil, que l'on est en train d'opérer et qui se débat, est d'une expression tout à fait curieuse et d'une facture soignée. L'opérateur, revêtu d'une grande robe, très attentif à ce qu'il fait, est d'un modèle parfait. Comparez les deux expression de physionomie dans notre tableau et dans celui du Dr DE MOLÈNES : dans le premier, c'est une tête fine narquoise, ainsi que celle du comparse qui, appuyé sur le dossier du fauteuil, suit la scène attentivement.

Dans l'autre, au contraire, la physionomie est toute différente et le copiste n'a pas été adroit, l'œil est grand ouvert, et la figure, plate et sans relief, prend une expression de méchanceté bestiale. Quant à la tête du patient, un simple examen des deux tableaux montre les différences non seulement d'expression, mais encore d'attitude, l'une étant très inclinée, l'autre presque droite. Il existe encore des dissemblances dans le costume du patient ; pieds chaussés dans le tableau du musée de St-Omer, nus dans celui de Paris. Nulle ressemblance entre la commère assise dans un panier au premier plan dans notre tableau et celle du tableau de Paris. Il y a bien d'autres dissemblances portant sur l'ensemble du sujet et sur certains détails de physionomie, mais qui sautent aux yeux en comparant les planches phototypiques reproduisant les deux tableaux.

Il est un fait intéressant, selon nous, c'est celui des signes tracés par le soufflet que tient la sorcière assise au premier plan, et dont nous n'avons pu trouver la signification ; ce ne sont point là de simples jeux de lumière mais bien des signes cabalistiques, ou une signature.

Nous concluons qu'au point de vue de la facture et de l'exécution, le tableau du musée de St-Omer est bien supérieur à celui qui appartient au Dr PAUL DE MOLÈNES, qui n'en est probablement qu'une copie peu fidèle. D'un autre côté quel en est bien l'auteur ?

Ce point n'est pas facile à élucider ; ce peut être BREUGHEL l'Ancien, mais en général la peinture en est plus soignée et le dessin beaucoup plus fini, et l'on n'y retrouve pas la délicatesse dans les détails que l'on sait. Mais c'est de son école ou de sa famille ; cela n'a rien d'étonnant, car la dynastie des BREUGHEL comprend un grand nombre de peintres doués de qualités à peu près semblables et qui se sont emprunté des sujets, ou ont copié des scènes analogues. Entre certains d'entre eux, la différence est fort difficile à faire.

Dans le doute nous ne concluons pas, n'ayant voulu apporter ici qu'un nouveau document de plus à l'histoire des arracheurs de pierres de teste.

Liste des documents figurés concernant l'opération des « Pierres de tête »

JÉRÔME VAN AEKEN, dit JÉRÔME BOSCH, peintre hollandais (1450-1516) :

Les Pierres dans la tête, Rijks museum, Amsterdam ;

(1) HENRY MEIGE, *Les peintres de la médecine (Écoles flamande et hollandaise). Les opérations sur la tête.* Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 4, 1895, et *Les arracheurs de pierres de tête ;* Janus, 5e liv., 1897. Voir aussi *Documents nouveaux sur les opérations sur la tête.* Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 2, 1898, n° 2, 1899 et *Pierres de tête et pierres de ventre, Ibid.*, n° 1, 1900.



LES ARRACHEURS DE PIERRES DE TÊTE

Tableau du Musée de Saint-Omer

MASSON ET Cie, Editeurs.



LES ARRACHEURS DE PIERRES DE TÊTE

Détail du tableau du Musée de Saint-Omer

MASSON ET Cie, Editeurs.

Opération chirurgicale burlesque, Musée du Prado, Madrid.

JAN SANDERS, dit VAN HEMESSEN, peintre flamand (2e moitié du XVIe siècle) :

Le chirurgien de village, Musée du Prado, Madrid.

PIERRE BREUGHEL LE VIEUX, peintre et graveur flamand (1530-1569) :

(Attribué) *Extraction des pierres de tête*, Collection PAUL DE MOLÈNES, Paris ;
Extraction des pierres de tête, Musée de Saint-Omer ;
Une gravure même sujet, Rijks museum, Amsterdam ;
Id. *id.* Collection du Dr BRISSAUD, Paris.

THÉODORE DE BRY, dessinateur et graveur flamand (1528-1598) :

Une gravure pour un ouvrage illustré (probablement embloemata sæcularia).

NICOLAS WEYDMANS, graveur hollandais (1re moitié du XVIIme siècle) :

Une gravure, Cabinet des Estampes. Rijks Museum d'Amsterdam.

DAVID TÉNIERS le Jeune, peintre flamand (1610-1690) :

Deux gravures, Cabinet des Estampes, Rijks Museum d'Amsterdam.

ANDRIES BOTH, peintre hollandais (1610-1650) :

Un tableau de la collection A. Kœren, Amsterdam.

FRANS HALS le Jeune, peintre hollandais (1617-1669) :

Le Charlatan, Musée Boijmans, Rotterdam.

JEAN STEEN, peintre hollandais (1626-1679) :

L'opérateur, Musée Boijmans, Rotterdam.
id. Musée de Bruxelles.
Le Charlatan, Rijks Museum, Amsterdam.

On trouve encore les pierres de tête, figurées parmi les accessoires de charlatans populaires, exposées sur des tables ou accrochées en plein vent, par exemple dans un *Charlatan* de VAN OSTADE (Galerie de Mannheim), dans une *Kermesse* de BREUGHEL le jeune (Musée d'Augsbourg), dans un *Charlatan* de VAN MIÉRIS (Galerie des Offices, Florence).

De l'hyperesthésie thermique des neurasthéniques

Par le docteur **Ingelrans**

On ne discute plus guère aujourd'hui sur l'existence de la fièvre hystérique. Des faits multiples, émanant de bons observateurs, sont venus la mettre hors de doute. Quelle que soit l'interpretation qu'on en veuille donner, ses caractères sont assez tranchés, bien des fois, pour qu'il n'y ait point d'hésitation sur sa nature et qu'on soit forcé de mettre l'étiquette d'hystérie sur des accès relevant, à coup sûr, de cette maladie et non point d'autre. Mais que la neurasthénie, à son tour, soit capable d'intervenir au même titre, c'est bien moins certain et notre but est de le aire entrevoir.

Entre l'hystérie, maladie bien connue pour ses méfaits dans l'ordre de la vie organique, et la neurasthénie, pur épuisement nerveux (car c'est là sa définition tout entière), entre ces deux termes, disons-nous, presque aucune relation n'est à établir. Démontrer cette proposition serait tout tout à fait hors cadre ; contentons-nous de l'énoncer. Qu'on veuille seulement se souvenir d'un point : l'hystérie se montre chaque jour capable de réduire à rien toute une fonction, si importante qu'on la suppose ; la neurasthénie peut vicier tel ou tel fonctionnement d'organe en diminuant son intensité : elle ne le supprime pas. Ceci revient à dire qu'on comprend l'hystérie abolissant la régulation thermique : elle est coutumière de choses de cet ordre. On soupçonne seulement la neurasthénie de pervertir cette régulation ; mais l'on a besoin de toutes preuves pour l'établir. Le peut-on vraiment ? et y a-t-il une fièvre neurasthénique ?

BEARD l'a signalée, mais MATHIEU la met en doute. Ce sont deux noms autorisés à tous égards. M. PARISOT, de Nancy, a repris ce sujet, et le 1er août dernier, au cinquième Congrès français de médecine, il faisait une communication intéressante sur ce point.

Les neurasthéniques, femmes ou hommes, les femmes de préférence, se plaignent quelquefois de fièvre, caractérisée par un sentiment de chaleur générale avec sensation de brûlure aux mains et à la tête. La face est parfois congestionnée, les battements du cœur précipités, les pulsations artérielles très perceptibles. Que dit le thermomètre? (j'entends un bon thermomètre).

M. PARISOT a pris la température axillaire, dans neuf de ces cas, et il n'a pas trouvé que le thermomètre marquât plus de 37°8. Il déclare que cette température ne peut être considérée comme pathologique, eu égard surtout aux oscillations nycthémérales, REDARD admettant 37°5 comme moyenne de la température physiologique dans l'aisselle. Il intervient donc une sensation nouvelle, qui détermine les neurasthéniques à croire qu'ils ont de la fièvre, c'est une sensation de chaleur aux mains ou au front. M. PARISOT établit qu'elle n'est pas purement subjective, mais prend naissance dans des modifications réelles de la température périphérique.

Il se dégage nettement des observations qu'il a faites que les malades qu'il a examinés appréciaient avec sûreté des variations minimes de cette température périphérique. Un matin, par exemple, la paume de la main a une température de 35°9 ; le lendemain, la malade prétend avoir plus chaud que la veille et la paume de la main a, en effet, un cinquième de degré de plus que le jour précédent. Un autre jour, sa main droite est brûlante, dit-elle, et plus chaude que la gauche : or, il y a trois dixièmes de degré d'écart entre les deux mains, et seulement trois dixièmes.

M. PARISOT a vérifié cette extrême délicatesse du sens thermique sur une autre neurasthénique : elle prétendait avoir froid à la partie moyenne et externe des bras. La région deltoïdienne indiquait, en effet, environ trois quarts de degré en plus. D'autres faits analogues donnent une idée de l'acuité du sens thermique de ces malades.

C'est, pour M. Parisot, dans cette exaltation de la sensibilité thermique qu'il faut rechercher la cause de la sensation de fièvre dont les neurasthéniques se plaignent. Les appréciations sont purement individuelles, mais chez un même sujet, elles correspondent à une élévation réelle et relative de la température en un point déterminé. La fièvre intermittente neurasthénique, entr'autres, serait explicable par les modifications survenues à la suite des repas dans la circulation périphérique. Sous des influences multiples, il se produit, chez ces sujets, une vaso-dilatation locale qui devient ainsi la cause d'une suractivité circulatoire dans une région, et ainsi se fait un déplacement de calorique. L'équilibre des températures périphériques est rompu et cette variation thermique est assez délicatement perçue pour que les malades croient avoir la fièvre.

Toutes les fois, dit l'auteur, que la température périphérique tend à égaler celle de l'aisselle, qui est normale, la sensation de fièvre se manifeste. Chez le neurasthénique, c'est la perception de l'égalisation des températures périphérique et axillaire qui fournit parfois la sensation de fièvre. La modification thermique est réelle, mais minime : il n'y a point d'hyperthermie, mais tendance à l'égalisation des températures périphérique et centrale.

Ce résumé de la manière de voir de M. Parisot me conduit à parler de la petite observation qui fait l'objet de cette communication. Je soignais, au mois d'avril, une jeune femme de 26 ans environ qui avait passablement maigri : la neurasthénie était chez elle affirmée par de l'insomnie, de l'anorexie, des maux de tête, de la fatigue rapide, etc. L'amélioration se faisait si difficilement que je soupçonnai la tuberculose pulmonaire au début et voulus rechercher le signe de Daremberg et Chuquet. Je rappelle en quoi il consiste : on fait faire une promenade au malade de trois à quatre heures de l'après midi, on prend la température rectale au retour, puis une heure après, lorsqu'il s'est reposé : on répète l'expérience plusieurs jours de suite. Si, chaque jour, l'écart entre ces températures de la marche et du repos atteint un demi-degré, le malade est tuberculeux.

Je priai donc cette personne de vouloir bien faire cette épreuve avec un bon thermomètre que je lui confiai et qui devait rester dix minutes dans le rectum.

le 1er avril :	37°8	après la marche	37°6	une heure après
» 2 —	37°5	—	37°3	—
» 3 —	37°9	—	37°6	—

Rien d'anormal par conséquent, les écarts n'étant que d'un cinquième de degré environ, ce qui s'observe chez les bien portants. Quelque temps après, on m'appelle vers minuit, pour l'enfant, pris d'un accès de faux croup, accès qui se terminait quand j'arrivai. La maman me dit alors qu'elle-même a une fièvre des plus fortes : elle a les poignets brûlants, dit-elle, sa figure est rouge et, de plus, le pouls bat 104. J'étais persuadé qu'il s'agissait d'une fièvre marquée — toujours avec le même thermomètre, laissé en place dix minutes environ, la température rectale fut prise — elle était de 36°8.

36°8, c'est-à-dire la température normale de la nuit. c'est-à-dire aussi un degré de moins que la température du jour, à un moment où, malgré 37°8, jamais sensation de chaleur anormale n'apparaissait. Ma malade avait probablement, car on ne peut dire plus, une vaso-dilatation cutanée amenant la peau à une chaleur voisine de celle des organes centraux, son hyperesthésie thermique entrait alors en jeu pour lui faire admettre la fièvre.

N'est-ce pas là ce qu'a vu M. Parisot ? et si son explication n'est qu'une explication, ces malades n'en sont pas moins apyrétiques.

On ferait aisément de tout cela de la fièvre neurasthénique, si l'on se bornait aux apparences. On s'y est peut-être borné quelquefois, et cela n'est pas pour asseoir la fièvre neurasthénique sur des bases bien solides.

Il ne paraît pas impossible, il paraît même vraisemblable que les neurasthéniques (et en particulier ceux dont la faiblesse irritable rend les réactions excessives) peuvent avoir de la fièvre pour des causes fort légères, insignifiantes pour d'autres. Quand on le démontrerait, on n'aurait établi que la fièvre des neurasthéniques, non la fièvre neurasthénique. Le travail de M. Parisot, en tout cas, fait bien douter de son existence.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Mouchet a traité deux cas d'irréductibilité de l'utérus gravide par la laparotomie, et la grossesse a pu se continuer jusqu'au terme normal.

Société de Chirurgie. — MM. Rochard et Terrier repoussent l'usage des gants pendant les interventions chirurgicales, leur emploi, toujours gênant, ne peut que faciliter le séjour des germes tombés sur les mains au cours de l'opération.

Société médicale des Hôpitaux. — MM. Gilbert et Fournier reviennent sur la description de la cirrhose biliaire hypersplénomégalique, dont ils essaient de faire une entité morbide.

Société de Biologie. — M. Cattaert. — Le naphtol est l'antiseptique le plus efficace dans le traitement du muguet.



Variétés & Anecdotes

Les Bains Persans

Par M. le docteur Paschayan, de Tauris (Perse)

Entre les bains persans et les bains turcs il y a une grande différence, quoique les deux pays soient musulmans. Les bains turcs ont leurs petites baignoires séparées, dont l'eau chaude et froide se renouvelle successivement selon le désir des baigneurs.

MM. A. Bianchi et Félix Regnault ont présenté à l'Académie des sciences (30 janvier 1899) une note sur les bains turcs, voici la conclusion de cette note : « Les bains turcs sont donc non seulement une pratique très recommandable de gymnastique des organes sains, mais ils constituent aussi un moyen précieux pour juger du degré d'élasticité des organes et pour aider la fonctionnalité motrice de l'estomac et des intestins. »

Mais, malheureusement, nous ne pouvons pas en dire autant des bains persans.

Voici pourquoi : Les bains persans se composent d'une pièce d'eau figurant une vaste baignoire de 100 mètres carrés, dont l'eau monte jusqu'à l'épaule des baigneurs. Il y a de plus une citerne pour remplir la baignoire ou pour renouveler l'eau si c'est nécessaire. L'eau de la baignoire est chauffée par une chaudière qui se trouve sous la pièce d'eau et dont le foyer est continuellement alimenté ; de la chaleur rayonne dans toutes les directions.

C'est dans cette baignoire publique que les gens prennent leur bain pêle-mêle ! Les femmes y prennent aussi leur bain pêle-mêle et y lavent en même temps leurs enfants, qu'elles tiennent dans les bras ; elles ne se contentent pas de prendre leur bain dans le même bassin que les hommes, mais encore elles apportent au bain leurs « tasses » (timbale en cuivre) et prennent de la baignoire un peu d'eau pour se laver la tête. C'est pour cette cause que l'eau de la baignoire diminue ; on la remplace à mesure au moyen de la citerne. Si l'eau ne diminuait pas ainsi, il est probable qu'elle ne se renouvellerait pas même en partie.

Les bains sont à la disposition des hommes jusqu'à midi, et après-midi ils sont ouverts aux femmes. C'est à midi qu'on place dans la baignoire des « séhènks » (espèce de cruche) pour ramasser les saletés et les ordures qui flottent à la surface de l'eau et qui entrent très facilement dans les cruches.

Les lecteurs peuvent tirer de ces observations cette conséquence, que l'eau que contient le bassin ne se renouvelle jamais entièrement ; les débris lourds, les ordures, les saletés de l'épiderme du corps humain s'accumulent à chaque instant au fond de la baignoire.

Les débris ainsi accumulés forment une couche fétide, putréfiée, septique et nuisible d'une épaisseur de 30 à 40 centimètres, qu'on enlève tous les six mois... et on renouvelle en même temps l'eau de la baignoire !

On peut facilement deviner le rôle important que jouent dans la diffusion des maladies contagieuses les bains persans, entretenus de cette manière. Les bains persans, au lieu d'être un agent de propreté et de salubrité, sont devenus un foyer d'infection, d'insalubrité et de contagion.

En Perse, la plupart des maladies de la peau comme favus, pelade, érysipèle, gale, eczéma, de même que la syphilis, se propagent par les bains publics. Je ne cite pas mes observations personnelles qui sont légion.

Il arriverait même que les jeunes filles et les femmes veuves deviennent enceintes en prenant leur bain dans ces baignoires, car, comme nous l'avons déjà dit, jusqu'à midi les hommes se trouvent dans le bassin, peuvent expulser leur sperme dans l'eau, et dans l'après-midi les femmes en se plongeant dans cette eau s'exposent probablement au danger de devenir grosses. En résumé, les bains persans sont de véritables centres d'infection, d'inoculation, même spermatique !

(*Arch. orient.*, 1900, n° 4.)

Un legs aux hospices de Lyon

Les hospices civils de Lyon viennent d'hériter d'une fortune considérable dans des conditions originales et inattendues. Il y a quelques jours, un vieillard, César-Vincent Riveron, qui habitait une sordide chambre dans la rue Garibaldi, à la Guillotière, mourait subitement. Le commissaire de police, appelé à faire les constatations légales, ne fut pas peu surpris de découvrir en divers endroits du logis des sacs d'écus et des liasses de titres divers et de billets de banque. Dans un tiroir se trouvait un carré de papier contenant ces simples mots : « Je lègue toute ma fortune aux hospices civils de Lyon, à la charge d'entretenir mon tombeau à Villeurbanne. » Cette fortune, dont les hospices ont fait hier l'inventaire s'élève à près d'un million. Riveron vivait comme un pauvre diable, sans feu ni lieu. Il avait pris pension chez un logeur qui lui assurait le vivre et le couvert moyennant 30 francs par mois. Vêtu de loques, il avait attiré récemment l'attention des gardiens de la paix, qui le prirent pour un vagabond et le conduisirent au poste. Il avait ce jour-là sur lui 50.000 francs en billets de banque. On crut un instant avoir affaire à un voleur, et Riveron eut beaucoup de peine à établir qu'il était bien le légitime propriétaire de cet argent. (Le *Temps* du 26 mars 1900).

NOUVELLES & INFORMATIONS

1er Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale (Paris, 23-28 juillet 1900). — Le comité exécutif du Congrès international de médecine professionnelle communique au Corps médical les divers avis suivants :

Pour être insérée au programme officiel, toute communication doit être adressée au bureau du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, *avant le 1er juillet 1900*

(art. 10 du règlement), ou inscrite avant ce dernier délai sur le registre des communications au Congrès, actuellement déposé à la librairie Masson.

Toute modification au programme officiel ou avis concernant l'emploi du temps des congressistes pendant la journée seront affichés chaque matin dans les salles de réunion des diverses sections.

Les orateurs sont avertis qu'il n'y aura pas de sténographes dans les salles ou amphithéâtres de la Faculté de médecine. Ils devont faire eux-mêmes, séance tenante, un court résumé en langue française de leur communication.

Ce résumé servira de texte officiel pour la rédaction des comptes rendus et les communications immédiates à la presse. Il devra être immédiatement remis aux secrétaires de section. En l'absence de ce résumé, celui du secrétaire sera adopté.

Les délégations d'Universités, Sociétés, Chambres médicales, Conseils d'ordre, Collèges médicaux, qui désirent voir figurer les noms de leurs représentants sur les publications du Congrès, sont informés que la liste sera close le 1er juillet prochain.

Un bureau de poste restante sera établi pour les congressistes, durant la session, à la librairie Masson.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

Génie et folie, réfutation d'un paradoxe, par le docteur A. Regnard, O. Doin, *Paris*, 1899.

Etude sur les dimensions du cœur chez les anémiques, par le docteur R. Wybauw, Hayez, *Bruxelles*, 1900.

Digitale et théobromine; diurétiques, par le docteur H. Huchard, Schlaeber, *Paris*, 1900.

Cirrhose atrophique du foie d'origine toxi-alimentaire, par le prof. Grasset, Delord-Bœhm et Martial, *Montpellier*, 1900.

Formes atténuées de la grippe et principes de traitement, par le docteur H. Huchard, Schlaeber, *Paris*, 1900.

Lettres à une maman, causeries médicales, par le docteur E. Pilatte, *Nice*, Eug. Gauthier et Cie, 1900.

Des hématuries dites essentielles et d'origine lithiasique rénale, par le docteur Boursier, *Clermont*, Dax, 1899.

Voyage en Suisse : eaux minérales et stations sanitaires, par le docteur Labat, *Paris*, Baillières, 1895.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

21me semaine, du 20 Mai au 26 Mai 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	5
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	4	1
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	6	6
40 à 60 ans	3	10
60 à 80 ans	5	10
80 ans et au-dessus	»	5
Total	31	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	5	6	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	10	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	9	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	4	»	»	2	2	»	»	1	»	6	16	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	5	6
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3	6	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	6	8	22
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	6
Total	1	»	»	»	»	»	»	3	5	5	10	»	»	7	2	1	»	1	»	41	76	116

N° 178. Quatrième Année. N° 23. Le Numéro : **10** centimes. 10 Juin 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Cirrhose biliaire par obstruction non calculeuse ; cholécystentérostomie, mort,

par les professeurs **Combemale** et **Dubar**

B..., Emile, âgé de 36 ans, de Saint-Pol (Pas-de-Calais), instituteur, entré aux pavillons Olivier le 17 février 1900, ne nous signale d'autre antécédent héréditaire important que la mort de son père aux suites d'une bronchite de nature indéterminée, de sa mère à 72 ans, des suites de l'influenza. Personnellement, il n'a jamais fait de maladies bien sérieuses, à part un phlegmon de l'avant-bras à 29 ans ; il s'est tenu également éloigné des atteintes de Vénus et des entraînements de Bacchus.

Mais voilà dix mois, un soir, vers neuf heures, au retour des congés de Pâques, en prenant possession de son habitation assez froide, B... éprouva un malaise mal défini où dominait le frisson. Il se coucha néanmoins et s'endormit. Or, le lendemain matin survinrent de violentes coliques mal décrites, accompagnées de vomissements toutefois, qui durèrent quelques heures.

Deux mois après cette alerte, pour laquelle il n'appela pas de médecin, B... s'aperçut que ses conjonctives jaunissaient ; peu à peu ses téguments devinrent jaunes à leur tour. Sur l'avis de son médecin, il se mit au régime lacté et suivit ce régime lacté pendant six mois, mais il enregistra de ce fait une perte de poids de 18 kilos, sans que l'ictère cessât de foncer, mais aussi sans nouveaux phénomènes douloureux ou fébriles.

Au bout de ce temps, le 6 novembre 1899, sur le conseil du docteur BRONGNIART, B... vint consulter l'un de nous, qui constata un ictère foncé, des urines bilieuses, un gros foie, la décoloration des matières fécales, l'absence de circulation complémentaire, d'ascite, d'hypertrophie splénique, et porta, mais sans précision, le diagnostic de cirrhose hypertrophique biliaire, et, s'attachant cependant, en raison de la dénutrition, à lui donner un régime moins anémiant prescrivit, comme cholagogue et antiseptique biliaire, deux grammes de salicylate de soude par jour.

Sous cette influence, en deux mois, B... gagna deux kilos en poids, mais les symptômes ne furent en aucune manière améliorés : hépatomégalie, ictère, urines bilieuses étaient aussi marqués. De plus, une dilatation stomacale évidente était constatée, qui rendait le diagnostic en suspens encore plus épineux à porter.

Sur nos instances, lors de cette seconde visite, le 24 janvier 1900, B... accepta d'entrer à la Maison de Santé ; il était convenu dès lors que, si besoin était, après examen complet, nous serions autorisés à élucider le diagnostic, même par laparotomie exploratrice.

Examiné longuement dès son entrée, B... dit et répète qu'actuellement il ne souffre nullement ; qu'à part la colique qu'il éprouva deux mois environ avant l'apparition de son ictère, il n'a d'ailleurs jamais souffert Il ne se croirait pas malade, ajoute-t-il, n'était la teinte jaune verdâtre de ses téguments et une certaine gêne dans le côté droit du ventre quand il a fait une longue marche.

L'appétit est bon, même un peu exagéré.

La soif, elle, n'est pas augmentée, il n'éprouve de

dégoût pour aucun aliment, pas plus pour la graisse que pour la viande. Les selles ont toujours été régulières et semi-consistantes, sans alternatives de constipation et de diarrhée. Actuellement de couleur mastic, elles auraient été plus décolorées encore, quand l'ictère commença, c'est-à-dire dès le début de la maladie ; mais il est à signaler à ce point de vue qu'il n'y a pas chez lui et qu'il n'y a jamais eu de changement de coloration bien net d'un jour à l'autre, nous voulons dire jamais de décharge biliaire brusque par la voie intestinale.

L'appareil urinaire ne présente rien à signaler ; pas de pollakiurie, ni de polyurie, semble-t-il. Pas de troubles fonctionnels non plus du côté de l'appareil respiratoire. Pas d'œdème, pas d'ascite, pas de circulation complémentaire. Pas de céphalée, pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreille. Pas de xanthopsie, pas de dyschromatopsie, pas d'héméralopie, pas de nyctalopie. Pas d'asthénie, pas de troubles dans la marche. Pas de crampes, pas de sensation de doigt mort, pas de soubresauts.

Au début de la maladie, il y a eu un prurit très marqué qui a disparu depuis, mais aucune éruption n'a été constatée. Les sueurs, d'autre part, ne sont pas colorées.

L'intelligence est très lucide et les réponses à nos diverses questions sont faites sans hésitation et sans retard.

A l'examen du malade, on s'aperçoit que tous les téguments sont d'une coloration jaune safran uniforme ; le visage est toutefois d'un jaune plus foncé, presque noirâtre. Les conjonctives et la face inférieure de la langue sont très jaunes. Sur la peau, il y a des traces de grattages anciens.

Le foie est augmenté de volume ; la limite supérieure remonte jusqu'à la cinquième côte et le bord inférieur déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes ; l'espace de TRAUBE est largement entamé. On ne réveille localement aucune douleur à la pression de la région hépatique ; il n'y a pas non plus de douleur provoquée ou spontanée remontant à l'épaule droite. Le ventre étant légèrement ballonné, la vésicule biliaire n'est pas perceptible.

Du côté de l'estomac, il existe une dilatation assez considérable ; on entend un clapotage stomacal très net au moindre choc, une heure après la prise d'un repas d'épreuve. Il n'y a pas de troubles digestifs marqués cependant ; à peine quelque pesanteur après le repas. Le malade aime à s'étendre sur le lit pour faire la digestion.

Le suc gastrique, prélevé une heure après le repas d'EWALD et analysé par M. CARETTE, chef des travaux de chimie à la Faculté, présente comme signes caractéristiques :

a) Une densité très élevée : 1019.

b) Une acidité totale assez faible : 1,022 p. 1000 alors que l'acidité totale ordinaire est de 1,250 pour 1000.

Cette acidité totale se décompose d'ailleurs en : acide lactique : 0,292 ; acide chlorhydrique à l'état d'acidalbumine : 0,730. Pas d'acide acétique ; pas d'acide butyrique, pas d'acide chlorhydrique libre, mais le filtrat contenait à côté de l'albumine des peptones et des propeptones.

La rate est percutable, mais paraît néanmoins très peu hypertrophiée.

La palpation et la percussion de l'abdomen ne révèle aucune néoplasie ; on ne sent pas la tête du pancréas.

Du côté de l'appareil lymphatique, on trouve une adénopathie médiocrement prononcée dans les plis inguinaux. Pas d'adénopathie axillaire ou sus-claviculaire toutefois.

Le cœur paraît hypertrophié ; du moins la matité précordiale est augmentée. La pointe bat au niveau de la cinquième côte, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Pas de palpitations, pas de souffles cardiaques. Les battements sont assez nets, mais ne s'étendent pas dans toute la région précordiale. Léger bruit de galop gauche ; dédoublement du second temps à la base. Le pouls est plein et assez bien frappé : 80 pulsations en moyenne.

L'examen histologique du sang n'a pas montré de leucocytose.

L'appareil respiratoire paraît indemne ; à la palpation, on trouve bien les vibrations plus fortes à droite qu'à gauche ; mais, à l'auscultation, on ne trouve ni râles de congestion, ni frottements pleuraux.

Du côté du système nerveux, on note que les réflexes sont faibles ; la réaction pupillaire à la lumière est normale, l'accommodation est aussi normale, mais paresseuse.

Enfin l'examen complet des urines, fait au laboratoire des cliniques par M. le professeur agrégé CARRIÈRE, donne les résultats suivants :

Volume	1000
Aspect	rouge brun inodore
Réaction acide (en acide oxalique)	2.50
Densité	1019
Urée, par litre	10 gr. 48
Albumine	0
Sucre	traces
Chlore	14 gr. 65
Acide phosphorique	7 gr 60
Acide urique	0 gr. 85
Eléments organiques	40 gr.
Eléments minéraux	17 gr.
Eléments fixes	57 gr.
Azote total	20 gr.
Pigments biliaires normaux	0
Urobiline	en abondance
Uroérythrine	id.
Peptones	notable quantité
Sels biliaires	0
Rapport azoturique	52.4 °/°
Rapport urée acide urique	1/12
Rapport urée acide phosphorique	70 °/°
Examen microscopique	rien à signaler.

En possession de ces documents cliniques et des renseignements ci-dessus, le diagnostic précis ne s'imposait pas encore, mais il devenait plus facile de le discuter. Les deux opinions en présence étaient qu'il s'agissait d'une cirrhose hyperthrophique biliaire de HANOT ou bien d'une cirrhose biliaire par obstruction. A quel diagnostic convenait-il de s'arrêter, et chose importante, un traitement chirurgical devait-il être mis en œuvre ?

C'est le diagnostic de cirrhose hypertrophique de HANOT qui avec insistance se présentait tout d'abord à l'esprit ; mais s'il existait des symptômes susceptibles de le faire adopter à un premier examen, à vrai

dire le syndrome n'était pas complet, et il manquait d'autre part plusieurs signes qui autorisaient à laisser ce diagnostic en suspens.

En faveur de cette hypothèse, il y avait en effet :

A) *l'hypertrophie hépatique*. A première vue l'hypertrophie semblait importante ; néanmoins les dimensions du foie n'étaient réellement pas considérables ; dépasser le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt n'est pas pour une cirrhose de HANOT l'hypertrophie classique ; atteindre l'ombilic est au contraire dans ce cas chose fréquente pour le lobe gauche ; d'autre part, augmenter de volume d'une façon continue est la règle ; or, rien de tout cela ne caractérisait cette hépatomégalie, qui restait dans les petites dimensions, quoique réelle. C'était là, après réflexion, un premier sujet de douter que ce foie fût celui d'une cirrhose de HANOT.

B) *l'ictère* Ses caractères : teinte jaune safran accompagnée de démangeaisons au début, teinte de plus en plus foncée ensuite à mesure que la maladie avançait, étaient importants. Nous notions cependant qu'il n'y avait jamais eu de variation importante dans l'intensité de cet ictère. A l'inverse de ce qui se produit dans la cirrhose hypertrophique, où les variations sont notables, et ce nous était une seconde raison d'hésiter à classer le cas sous ce vocable.

C) *la boulimie* : Signalée par JACCOUD dans la cirrhose hypertrophique, la boulimie se rencontre aussi dans la cirrhose biliaire par obstruction, ce qui enlevait à ce signe de sa valeur diagnostique dans le cas actuel.

D) l'absence de circulation complémentaire et d'ascite étant plutôt des signes d'ordre négatif ne prouvaient ni pour, ni contre ce diagnostic. Quant aux signes cliniques tirés des résultats fournis par les urines, leur diminution de quantité, leur moindre teneur en urée n'entraînaient pas la conviction ; car la diminution de l'urée avec augmentation de l'acide urique a été signalée dans la cirrhose de HANOT, et le volume de l'urine, longtemps normal, fléchit parfois dans la cirrhose par obstruction. L'amaigrissement enfin, amaigrissement très notable puisque le malade avait perdu 18 kilos en six mois, ne pouvait avoir d'importance diagnostique, puisqu'il avait été regagné deux kilos ensuite en deux mois, la dénutrition s'expliquant d'autre part, par le régime d'inanition conseillé et ponctuellement suivi.

E) *l'hypertrophie splénique*. Dans la cirrhose hypertrophique en effet, la rate est toujours hypertrophiée, et très souvent d'une façon très notable ; or si elle était percutable, délimitée facilement chez ce malade, elle n'avait pas acquis ce volume inquiétant qui la fait deviner, voir en quelque sorte ballante dans le flanc gauche ; troisième raison de tenir pour suspect le diagnostic de maladie de HANOT.

Ce diagnostic ainsi ébranlé, restait à asseoir celui de cirrhose biliaire par obstruction. Voici ce qui plaidait fortement en sa faveur :

F) *la décoloration des selles* : tandis que dans la cirrhose hypertrophique il y a des intermittences de coloration et de décoloration, chez ce malade la décoloration était permanente depuis dix mois, incomplète, mais tres marquée ; de plus, les selles étaient régulières, sans alternative de constipation ou de diarrhée, alors que la règle dans la cirrhose hypertrophique, c'est la constipation alternant avec de la débâcle.

G) *La présence d'un pigment anormal, l'urobiline, dans l'urine* : tandis que dans la cirrhose hypertrophique, les pigments anormaux n'apparaissent que deux ans environ après le début, c'est-à-dire à la fin de la maladie, chez le malade les pigments normaux étaient absents, mais par contre, urobiline, uroérythrine, pigments anormaux, signes d'imperméabilité hépatique, d'hyperhépatie comme dit GILBERT, s'y trouvaient en abondance, et depuis longtemps.

H) *La marche de la maladie* : les arrêts, marqués par la diminution de l'ictère, ne sont pas rares dans la cirrhose hypertrophique, et atténuent la gravité du pronostic ; des crises paroxystiques, d'autre part, renversent l'état général relativement satisfaisant qui s'établit lors de ces arrêts Or, chez le sujet de l'observation, nous n'avons jamais eu les poussées caractéristiques, poussées inflammatoires avec douleur, augmentation de l'ictère, tympanisme, troubles digestifs, vomissements et surtout fièvre : La marche ici a été régulière, sans à-coup notable, comme on l'observe communément dans la cirrhose biliaire par obstruction, mais rapide.

I) Enfin, l'*analyse du sang* n'a pas montré de leucocytose marquée, comme c'est la règle dans la cirrhose hypertrophique et comme HANOT, HAYEM et LAKACHEWITCH en ont rapporté des exemples typiques.

En résumé, l'ictère chronique, l'hypertrophie hépatique, l'hypertrophie splénique, la boulimie, symptômes communs à la cirrhose de HANOT et à la cirrhose par obstruction, ne permettaient de faire pencher la balance vers le dernier diagnostic qu'en appréciant les dimensions de l'hypertrophie, en étudiant l'ictère de près, appréciations souvent infidèles ; seule, la décoloration, quoique incomplète, mais permanente, des matières fécales, avait à nos yeux l'importance susceptible de nous décider pour la cirrhose biliaire par obstruction. Nous nous rattachâmes donc à ce diagnostic.

Mais il n'importait pas moins, dès lors, de préciser la cause de cette obstruction: calculeuse ou stricturale. Et force nous était de reconnaître notre impuissance à établir nettement ce point.

Fallait-il accuser la *lithiase biliaire* ? Dans son histoire, au début du mal, le malade avait bien parlé de coliques, survenues deux mois avant l'apparition de l'ictère ; mais toute colique n'est pas une colique hépatique, et s'il y eut douleur et vomissement, toute gastro-entérite peut montrer cet appareil symptomatique, sans que la lithiase biliaire soit en cause ; au reste, un accès isolé serait chose bien rare comme genèse d'une cirrhose biliaire calculeuse. En l'absence de tout renseignement précis, nous ne pouvions faire fond sur cet incident, important à coup sûr, mais non capital. L'absence de tuméfaction apparente et de douleur provoquée au niveau de la vésicule biliaire avait plus d'importance pour rejeter l'hypothèse d'une lithiase biliaire.

Convenait-il de s'arrêter à l'hypothèse d'une stricture portant sur le cholédoque ? L'idée d'une cicatrice d'ulcère duodénal avoisinant le pylore et bridant l'abouchement du canal excréteur de la bile se présentait à l'esprit, à raison de la dilatation stomacale enregistrée dans l'observation. Toutefois, comme le régime lacté avait été suivi pendant six mois, nous ne pouvions pas ne pas émettre l'hypothèse que la gastrectasie datait peut-être de l'abus de liquide qui fut fait en cette circonstance. Au reste, la cicatrice ou la bride aurait dû porter précisement sur l'ampoule de VATER pour expliquer l'ictère, si la dilatation stomacale ne relevait pas de cette même cause, et dans ce cas la digestion pancréatique eût été troublée, ce qui n'apparaissait pas nettement. Enfin, à moins d'admettre sans discussion un ulcère duodénal méconnu, chose fréquente du reste, l'histoire du malade n'attirait pas l'attention de ce côté.

Successivement furent examinées et rejetées comme non démontrables, les hypothèses qui pouvaient expliquer une constriction sur le cholédoque : une bride péritonéale coudant ce conduit excréteur, des ganglions lymphatiques hypertrophiés le comprimant et effaçant son calibre. De même, l'hypothèse d'un cancer de la tête du pancréas, l'évolution de la maladie, l'absence de tumeur abdominale perceptible, l'épreuve négative de la glycosurie alimentaire ne permirent pas de la retenir. Restait enfin le cancer des voies biliaires ; ce diagnostic, bien peu probable, étant donnée la longue durée de la maladie (huit mois déjà) devait être envisagé, car on a vu des cancers des voies biliaires évoluer très lentement. Plusieurs faits étaient cependant ici en contradiction avec cette hypothèse, l'absence de douleur d'abord, ensuite l'augmentation de poids survenue et maintenue à la suite du régime fortifiant institué.

Ainsi donc, si l'on pouvait dire que l'obstruction n'était pas nettement calculeuse, la cause de l'obstruction ne pouvait, d'autre part, pas être déterminée avec précision, et toutes réserves devaient être faites.

La situation fut exposée au malade, le diagnostic discuté devant lui d'une façon aussi serrée que possible ; le professeur DUBAR, le chirurgien agréé d'avance au cas d'intervention, opinant dans le même sens, il fut convenu que, par une laparotomie, l'exploration du hile du foie serait pratiquée et que s'il y avait lieu de lever un obstacle, l'opération serait conduite jusqu'au point où elle serait le plus utile au malade.

Il faut noter ici que la bibliographie de la cirrhose hypertrophique contient une observation de DELAGÉNIÈRE, dans laquelle on voit une cholécystotomie amener un résultat favorable. Au cas d'erreur de diagnostic, l'intervention chirurgicale ne pouvait pas être réputée fâcheuse pour notre malade.

Après purgation préalable, l'opération eut lieu le 27 février 1900 ; le professeur DUBAR, après une large incision sous le chloroforme de la paroi abdominale, découvrit le péritoine pariétal épaissi et jaune ; ouvrit la cavité péritonéale, et de l'œil et du doigt, constata qu'il n'existait pas la moindre adhérence entre les divers viscères abdominaux. La suite de l'examen permit de faire les constatations suivantes :

1° Dans le mésentère s'offraient aux regards des ganglions assez nombreux, les uns petits, les autres volumineux. Quelques-uns absolument crétacés, indices d'une affection ancienne, de nature indéterminée, mais soupçonnée tuberculeuse ou cancéreuse.

2° Le foie était faiblement volumineux, la surface légèrement granuleuse sans paquets de fausses membranes, le bord tranchant pas fortement émoussé, la couleur verte dans son ensemble. Quant à la vésicule biliaire, elle était un peu dilatée, et de consistance mollasse ; en remontant le long du canal cystique, les doigts percevaient à travers les parois une sorte de petit corps résistant du volume d'un petit haricot. Ce corps étranger paraissait occuper le calibre du canal, qui était d'autre part notablement dilaté et épaissi. Du côté du pylore, les doigts de l'opérateur sentaient une tuméfaction en forme d'anneau résistant paraissant plus épais que le pylore normal. Toutefois cette sensation était très probablement due à des fausses membranes péritonéales assez denses, qui englobaient le pylore et la partie avoisinante du duodenum avec le cholédoque et reliaient ces parties au hile du foie. On put détruire une grande portion de ces adhérences sans perte de sang notable et mobiliser le pylore. Mais une compression ou une coudure du cholédoque n'en restait pas moins admissible au milieu de ces brides de consistance fibroïde, sans qu'il fût possible de s'en assurer d'une manière certaine.

A ce moment de l'intervention, avec un cholédoque très probablement obstrué, des ganglions péritonéaux tuberculeux, qui avaient pu être le point de départ des adhérences que nous venons de signaler, l'abouchement de la vésicule biliaire dans une anse du jéjunum, devenait la suite obligée de l'opération. Le professeur DUBAR continua donc par l'incision de la vésicule, qui donna issue à une abondante gelée verdâtre très adhérente, ressemblant comme consistance à une dissolution de caoutchouc dans du benzol, qu'on ne parvint à extraire qu'en exprimant la vésicule, en râclant la muqueuse avec une compresse. Le doigt, porté au fond de la vésicule biliaire, sentit alors nettement le corps étranger qui obturait le canal cystique et on put l'énucléer pour ainsi dire ; ce corps était une concrétion du volume d'un petit haricot vert, de consistance assez molle et qui paraissait constituée de débris épithéliaux et de sels biliaires, elle s'écrasait facilement sous le doigt ; une seconde concrétion trouvée plus bas fut aussi énucléée sans effort.

Une fois les corps étrangers enlevés, la bile reflua assez vite dans la vésicule. La cholécystentérostomie fut rapidement terminée et le bouton de Murphy abandonné dans le ventre ; puis la plaie opératoire fermée au moyen de deux plans de sutures, laissant cependant passer un drain. Pansement ordinaire à l'iodoforme.

L'opération avait duré une heure. Les suites opératoires furent particulièrement bonnes : pas de douleurs, pas de vomissements par suite de la chloroformisation.

La température, les jours suivants, ne cessa d'osciller

entre 36°4, 36°6 et 36°8 ; le pouls battait de 60 à 70 pulsations. Le salicylate de soude, que prenait B. . depuis son entrée à titre d'antiseptique biliaire, fut continué après l'opération.

Jusqu'au premier pansement qui fut fait quatre jours après l'opération et qui montra une plaie très belle en voie de cicatrisation, il n'y eut pas de selle, l'huile de ricin rétablit le cours des matières, dont la coloration fut surveillée, mais ni la première, ni la deuxième, ni les suivantes n'amenèrent la coloration attendue : elles restaient couleur chamois ou purée de châtaignes.

Lors du deuxième pansement, le sixième jour, la plaie avait excellent aspect, mais la décoloration des selles persistait ; un peu de ballonnement du ventre se montrait alors.

Les urines, peu abondantes les premiers jours parce que le malade buvait très peu, atteignirent les jours suivants, quand le malade prenait environ un litre à un litre et demi de lait par jour, le chiffre de 800 à 1.000 cc. par vingt-quatre heures. Leur coloration était toujours d'un vert fort accentué ; au reste les deux analyses ci-dessous prises au hasard entre celles qui étaient faites chaque jour au laboratoire des cliniques, rapprochées de celles que nous avons déjà données, montrent combien le 1er et le 5 mars, le surlendemain et six jours après l'opération, les signes de l'urine étaient superposables, la phosphaturie excepté.

Urines du 1er mars 1900		Urines du 5 mars 1900	
Volume. . . .	800 c. cubes	Volume. . . .	1700 c. c.
Aspect	brun ocre	Aspect	brun acajou
Réaction . . .	acide	Réaction . . .	neutre
Densité. . . .	1031	Densité. . . .	1020
Urée par litre.	16 gr. 90	Urée par litre.	10 gr. 25
Albumine. . .	0	Albumine . .	0
Sucre	0	Sucre.	traces
Chlore	14 gr. 50	Chlore	10 gr. 75
Ac. phosph . .	2 grammes	Ac. phosph . .	1 gr. 25.
Ac. urique . .	1 gr. 20	Ac. urique . .	0.95
Pigments biliaires normaux : néant.		Pas de pigments biliaires normaux.	
Pigments biliaires anormaux : urobiline.		Urobiline abondante, pas de sels biliaires.	
Pas de sels biliaires			

Le 8 mars, on enlève le drain, la plaie paraît devoir être bientôt guérie. Mais le ballonnement du ventre persiste ; de l'abattement est survenu.

Le 9 mars, le malade passe une mauvaise nuit, il est très agité, bien que la température soit de 36 8, il a plusieurs vomissements, le pouls bat à 80. Délire.

Le 12 mars au matin, B... succombe, ayant passé deux jours dans le subdélire avec du tympanisme très marqué, de l'oligurie et de la constipation. La rétention biliaire avait fait son œuvre.

Nous avions espéré que, malgré l'opposition de la famille, la nécessité d'aller à la recherche du bouton de Murphy, nous permettrait quelques constatations nécropsiques, mais la putréfaction avait été si précoce, qu'il fut difficile de reconnaître même les lésions macroscopiques : la rate fut cependant entr'aperçue volumineuse ; le foie vert, dur et gros, la tuméfaction pylorique n'était plus aussi marquée, la tête du pancréas parut seule un peu scléreuse au toucher ; il n'y avait pas de bile liquide dans la vésicule, mais un magma épais, élastique et gluant, semblable à celui que l'opération avait montré.

De sorte que l'autopsie confirmait les constatations de l'opération, mais n'expliquait pas la persistance de la rétention biliaire, malgré que des brides englobant le cholédoque, eussent été dilacérées, malgré que des concrétions biliaires eussent été enlevées.

La question si intéressante du diagnostic exact restait donc encore non élucidée : faudrait-il admettre en fin de compte une tumeur cancéreuse ou une stricture très haut placée sur le canal hépatique et non perçue par le doigt et suffisante cependant pour amener la rétention ? N'était la longue durée de la maladie, cette hypothèse serait très admissible. Reste enfin l'hypothèse dernière de l'angiocholite des gros canaux et même des interlobulaires oblitérant complètement leur lumière, que l'examen microscopique aurait pu seul vérifier.

Telle quelle, l'observation a paru suffisamment intéressante pour être longuement rapportée, à titre de document clinique ; il s'agissait bien en définitive de cirrhose biliaire infectieuse avec obstruction, et non de maladie de Hanot ou cirrhose biliaire infectieuse spontanée ou sans obstruction ; le diagnostic différentiel de ces deux formes ne manquait pas dans l'espèce d'être assez délicat.

Le tabes conjugal

par le Docteur **Ingelrans**

La toute récente discussion de la *Société de Neurologie* sur le tabes conjugal rend ce sujet d'actualité. Sa définition même est contenue dans son nom : il s'agit d'ataxie locomotrice observée chez les deux conjoints. Parmi les maladies non infectieuses ou non démontrées telles, ce n'est pas la seule qui soit conjugale dans quelques cas ; il suffira de rappeler le diabète pour qu'on voie comment la question se pose, car on pourrait se servir dans l'étude d'une de ces affections de bien des données qu'on emploie pour éclaircir l'autre.

La première observation publiée est celle de Strümpell en 1888. Nul doute qu'on ne se soit aperçu de faits analogues auparavant ; mais, soit qu'on ait négligé de les faire connaître, soit qu'on ait attendu d'être mieux renseigné pour en parler, on n'en trouve pas trace avant cette date voisine de nous. L'auteur précité raconte qu'un homme, qui s'était marié en pleins accidents syphilitiques secondaires,

eut, trois ans après, une paralysie de la troisième paire crânienne, qui disparut rapidement. Ensuite vinrent des douleurs fulgurantes ; les réflexes rotuliens se perdirent ; bref, le tabes se déclara. Quelques années plus tard, sa femme fut prise de douleurs dans les jambes, puis d'ataxie des mouvements des membres inférieurs. Elle portait, sur la face antérieure du bras droit, une syphilide serpigineuse. — Cette observation se trouve dans le *Neurologisches Centralblatt*. Strümpell ne relate le cas qu'incidemment dans une étude sur l'étiologie du tabes : il se borne à l'indiquer sans faire de remarques spéciales.

L'année suivante, Ormerod, dans le tome XXV d'*Hospital Reports*, rapporte l'histoire de Madame B..., âgée de 37 ans. — Elle se plaint de douleurs dans les jambes et de constriction du ventre, ainsi que de secousses nocturnes et de crises gastriques avec vomissements. Le signe d'Argyll Robertson est noté, ainsi que de l'inégalité des pupilles. — Je passe les détails, mais je note que six ou huit mois après la naissance de son unique enfant, elle contracta la syphilis de son mari. Celui-ci, âgé de trente-huit ans, vit Ormerod à l'occasion de la seconde visite de sa femme. Il était de mauvaise apparence, se plaignant de ne pouvoir marcher convenablement et de ne se tenir debout qu'avec peine. Depuis deux ans environ, il avait des douleurs fulgurantes, des troubles de la miction. Un jour vint où il ne put marcher sans canne, jetant les pieds en l'air, etc., etc. Il est peu affirmatif sur la question de la syphilis, mais il a eu des boutons sur le gland et le prépuce. Mort dans un état marastique accentué le 15 décembre 1886. L'autopsie confirme un diagnostic déjà trop certain.

La troisième observation de tabes conjugal est celle de Dawson-Turner. On la trouvera dans la *Lancet* du 1er novembre 1890. En voici le résumé succinct :

Un mari et sa femme, tous deux d'âge assez avancé, étaient atteints de syphilis grave. Ils ont été pris tous deux d'ataxie locomotrice progressive. Le mari ne peut marcher dans l'obscurité qu'en se guidant sur les objets environnants, qui lui servent de point d'appui ; il est toujours hésitant, de crainte de se heurter quelque part ; il trébuche dès qu'il a les yeux fermés. Les pupilles sont insensibles à l'action de la lumière. Sa femme présente des douleurs de nature bien caractéristique ; le phénomène du genou est absent chez elle. Un des enfants serait peut-être atteint de maladie de Friedreich.

J'arrive au cas de Goldflam, (*D. Zeitsch. f. Nerv.-Heilk*. 1892). Un homme de 37 ans contracte la syphilis en 1882 et subit un traitement mercuriel sérieux. Deux ans se passent, quand il est frappé d'une hémiplégie droite avec aphasie. Enfin, viennent des douleurs fulgurantes. La marche est difficile, etc. Tabes évident.

Sa femme a été contaminée par lui. Elle est ataxique.

Cinquième observation de tabes conjugal : c'est celle que Mendel a fait connaître à la Société de psychiatrie de Berlin le 16 mars 1895 : M. Z...., âgé de 51 ans, est marié depuis 23 ans. Il a eu la syphilis, mais ses enfants sont en bonne santé. Neuf ans après son mariage, le tabes s'est manifesté. En 1894 cet homme dut être interné dans un hospice, comme atteint de paralysie générale. La femme était atteinte d'ataxie locomotrice, cinq ans avant l'apparition de cette maladie chez son mari, c'est-à-dire il y a quinze ans.

Weir Mitchell et Savary Pearce ont apporté une contribution au présent sujet en notant le fait clinique ci-après. Il se trouve dans le *Journal of nervous and mental diseases* de 1895 : Un meunier de 51 ans soigne sa femme qui en est à une période très avancée du tabes. Un beau jour, il est pris subitement de diplopie et c'est le début d'une ataxie, qui ne fait que progresser depuis cette époque.

Erb, dans la *Semaine médicale de Berlin*, en 1896, dit qu'un de ses malades a eu la syphilis il y a 20 ans ; actuellement, il présente des plaques muqueuses et est suspect de tabes : signe d'Argyll et abolition du reflexe patellaire. Depuis deux ans, sa femme est tabétique de la façon la plus certaine.

En 1897, j'ai signalé incidemment (*Etude clinique des formes anormales du tabes*. Thèse de Paris) un huitième cas de tabes existant à la fois chez le mari et chez la femme. Je n'avais pas l'attention attirée de ce côté à ce moment. Aussi me bornai-je à indiquer la chose sans détails, en ajoutant toutefois que je n'avais point trouvé la syphilis ; mais sans affirmer qu'elle n'existât pas.

La même année, Trevelyan (*Bristish medical Journal*, 9 avril), met au jour un nouveau tabes conjugal. Suivent deux cas de Kron (*D. Zeitsch. f. Nervenheilk*., 1898, XII), un cas de Raymond et Chevassus (in thèse de Lalou, page 57) et un dernier cas de Lalou, publié à la page 61 de son intéressante thèse de 1898, où il a noté les cas antérieurs que j'ai résumés ici.

Cela fait treize ataxies conjugales quand parut ce travail de LALOU. Il ne m'est rien tombé de pareil sous les yeux depuis lors, exception faite pour la séance du 5 avril dernier de la *Société de neurologie*. M. SOUQUES a montré là deux malades, le mari et la femme ; chez la femme, le tabes remonte à six ans et se caractérise par des douleurs fulgurantes, de l'incoordination motrice avec signe de ROMBERG, abolition des réflexes rotuliens, du réflexe photo-moteur, etc. Chez le mari, la maladie a commencé, il y a seize ans, par une paralysie récidivante de la troisième paire. Il s'agit de tabes authentique : la femme est ataxique, le mari pas encore. Celui-ci a eu certainement la syphilis, il y a vingt-un ans : chez celle-là, la syphilis est très probable.

M. BABINSKI a alors déclaré avoir observé, depuis plusieurs années, une quinzaine de cas de tabes conjugal. Toutes les fois qu'il est en présence d'un ataxique, il s'informe s'il est marié et demande à examiner son conjoint. C'est de cette manière qu'il a pu relever si souvent la coïncidence en question.

Coïncidence, est-ce bien là le terme convenable? Avant ces constatations de M. BABINSKI, l'explication paraissait assez commode. Que d'époux sont syphilitiques ! et combien de fois la syphilis n'est-elle pas à la base de l'ataxie ! Indubitablement, la vérole joue le rôle prépondérant pour faire germer la maladie : si on a le droit de ne pas la voir toujours, on doit au moins la voir très souvent. Quoi d'étonnant dès lors que, sur la grande masse, le tabes frappe mari et femme, avec une apparence de choix, mais par pur hasard cependant ? Avec la quinzaine de cas publiés jusqu'à présent, voir là autre chose qu'une coïncidence eût été chercher des rapports forcés et ne tenir nul compte de la maigreur d'une pareille statistique, vis-à-vis de la foule des ataxiques. Une même maladie éminemment transmissible, comme la syphilis, étant donnée, si cette maladie peut en traîner une autre à sa suite, ne nous étonnons point de voir le sort sembler clairvoyant et gratifier à la fois mari et femme de ce qui pouvait leur échoir. Coïncidence, et c'est tout.

Mais quand un médecin, à lui seul, note une quinzaine de fois une pareille association, la question change du tout au tout. Le tabes frappe les deux conjoints parce qu'une cause commune est en jeu ; cette cause commune doit être la syphilis (on la rencontre dans presque tous les cas), et une syphilis d'une nature spéciale, car tous les syphilitiques, à beaucoup près, ne sont pas destinés au tabes.

Il y aurait une syphilis à virus nerveux, une vérole à prédilections particulières, mettant à mal de manière spéciale la moelle, le cerveau et les nerfs, plus que tous autres organes. La graine posséderait, alors même qu'elle est semée, une propriété à elle d'attaquer tel point plutôt que tel autre. Il y a des rougeoles et des varioles hémorrhagiques, et hémorrhagiques par épidémies, sans distinction de sujets : il y a des scarlatines avec accompagnement d'arthrites, cela encore par épidémies ; il y a bien des élections similaires, mais on pourrait m'objecter de bonnes raisons contre le rapprochement que j'en fais. M. SOUQUES rappelle qu'un microbe pyogène vulgaire retiré d'une arthrite peut acquérir, par accoutumance, des propriétés telles que, si on l'inocule sous la peau, il n'est plus apte qu'à produire des arthrites. (Voir BEZANÇON et LABBÉ, *Presse médicale*, 7 mars 1900). Les observations de syphilis, puisée à la même source, et déterminant chez plusieurs individus soit le tabes, soit la paralysie générale, étayent cette manière de voir, qu'il y a une syphilis nerveuse, comme il y a une syphilis atténuée primitive, une syphilis maligne d'emblée, etc., en dehors de toute intervention du terrain.

A coup sûr, comme le dit M. LALOU, le tabes conjugal ne peut être expliqué par la communauté de vie physique, l'identité d'alimentation, de climat, d'habitudes, de préoccupations morales, comme on a tenté de le faire pour le diabète conjugal. Le tabes n'est ni aussi marqué, ni à début aussi rapide, chez l'un que chez l'autre des époux ; parfois (MARIE) il est bien moins intense et plus tardif chez celui qui a été le premier syphilisé. La maladie peut être fruste d'un côté, intense de l'autre. Tous points obscurs que le polymorphisme de l'ataxie empêchera sans doute fort longtemps d'éclaircir.

On peut donc se figurer le tabes conjugal comme l'effet identique, produit sur deux sujets généralement assez dissemblables, par une même cause, ayant acquis dans l'espèce un pouvoir défini, lui conférant de frapper là et pas ailleurs, de créer le tabes non parce que le système nerveux s'y prête, mais parce qu'il est donné à cette cause même de vaincre les résistances naturelles de ce système nerveux. Point n'est question de savoir si l'infection spécifique est grave ou non : que de tabétiques n'ont jamais eu

qu'un léger chancre et une roséole inaperçue ! Le tout est que la syphilis soit de celles qui font le tabes, indépendamment de sa malignité générale. Virulence spécialisée, et non virulence renforcée, l'explication la moins chancelante est dans ce sens. Les pourquoi et les comment demeurent dans l'ombre ; mais on ne peut exiger, pour le tabes conjugal, des lumières qui font défaut pour la maladie en elle-même.

La paralysie générale conjugale offre un champ d'études voisin ; le tabes d'un conjoint, la paralysie générale de l'autre, sont aussi des termes à rapprocher. Il s'en faut encore qu'on puisse uniquement incriminer la syphilis dans l'étiologie de ces affections morbides ; à plus forte raison faut-il se garder de considérer ses variations de virulence comme un *deus ex machina* dont l'intervention soit obligée. Mais c'est dans cette direction que la question paraît se porter avec le plus d'assurance.

On voit par ces quelques notes que la clinique trouve plus qu'un pur objet de curiosité sous cette étiquette de tabes conjugal. Ces coups d'œil jetés sur les côtés mal éclairés d'une maladie permettent souvent de mieux apprécier l'ensemble et aident parfois à en saisir les rapports généraux dans la pathologie. En ce qui concerne l'étiologie, cette coexistence plus que fortuite d'un mal identique, chez des sujets différents, élimine pour une grande part les causes secondes, tenant à l'organisme attaqué ; ces causes sont ici variables à un haut degré de l'un à l'autre conjoint. Au contraire, cette coexistence montre, dans tout son relief, l'énorme importance de la cause première qui, à travers toutes les divergences de tempérament et d'âge, sait aller où il faut pour que le tabes vienne à éclore plus ou moins tôt. On saisit par là que la prédisposition, souvent invoquée quand on parle d'ataxiques, cache sans doute simplement notre ignorance de la nature des causes du tabes, c'est-à-dire des variétés du virus syphilitique, si l'on veut admettre une origine uniquement vénérienne pour l'ataxie locomotrice.

Invoquer ainsi une syphilis spéciale, orientant son porteur vers le tabes, paraît de prime abord bien hasardé. Morel-Lavallée, soit dit en passant, a jadis émis la même hypothèse pour la paralysie générale. Mais c'est que le tabes conjugal n'apporte pas seul son appoint à cette conception. Des cliniciens, nous l'avons dit, ont enregistré des cas où deux personnes, ayant puisé simultanément la vérole à une même source, sont devenues ataxiques l'une et l'autre par la suite : pas de conditions communes pourtant, et nul genre de vie similaire à incriminer ! Après tout, distinguer dans la syphilis des espèces, mais ce n'est que dire ce que chacun reconnaît. Voilà, par exemple, le tertiarisme : son apparition, sans nul conteste, est largement favorisée et facilitée par toutes les déchéances et toutes les tares de l'organisme. Cependant, dit Fournier, *une bonne santé ne crée en rien une immunité, une sauvegarde absolue contre le tertiarisme.* Qu'est-ce à dire ? qu'il y a des facteurs de gravité relevant exclusivement du virus et non du sujet infecté, qu'il y a des véroles *essentiellement* graves. Et si on admet une syphilis forte et une syphilis faible, le patient mis à part, on passera sans doute que la syphilis peut avoir des qualités d'un autre ordre, des raisons de léser le système nerveux, dans le cas particulier que voici. Pourquoi ? Ecoutons le professeur Fournier : « Bien que mystérieuses et indéfinissables, les causes de ce genre n'en sont pas moins réelles, authentiques, indéniables, et nous ne les constatons que trop de par leurs résultats. Très positivement, il est de mauvaises syphilis d'essence, qui naissent mauvaises et se perpétuent sous cette forme. Il est, je crois, des syphilis qui naissent avec une tendance initiale au tertiarisme. A preuve celles qui, sous le nom de syphilis malignes précoces, naissent tertiaires d'emblée .... En de tels cas, alors que la raison de gravité ou de bénignité n'est imputable à aucune condition propre au patient, non plus qu'à aucune influence extérieure et surajoutée, la qualité de la syphilis reste forcément attribuable à la maladie elle-même.. .. Telle syphilis est grave ou bénigne, de par elle-même, de par son génie propre ».

J'appliquerais volontiers un raisonnement analogue aux syphilis génératrices de l'ataxie, en élargissant la question plus qu'on ne l'a fait. Je dirais : il y a des syphilis légères, des syphilis malignes, il y a des syphilis qui aiment le système nerveux. Une de ces dernières, inoculée à divers sujets, donnera à l'un la paralysie générale, à l'autre le tabes, à un autre enfin des lésions cérébrales. Comme le pathologiste est condamné par les faits à ignorer qu'il y a là communauté de source, il ne peut apercevoir de rapports ni de liaison entre ces trois faits de localisations nerveuses. Il faudrait une confrontation ne laissant pas prise au doute pour mettre en évidence la nature originelle identique des cas. Cette confrontation nous est

fournie par le mariage. Il est logique d'admettre que, lorsque mari et femme sont syphilitiques, leur syphilis est la même, comme ayant été transmise à un conjoint par l'autre : cela va de soi dans la généralité, et nous n'avons pas cru devoir y insister plus haut. La clinique offre, en cette occasion, une confrontation de haute valeur entre le sujet infectant et le sujet infecté. A-t-on, en telle occurrence, remarqué quelque chose de frappant dans les méfaits de la maladie ? Précisément oui : on voit qu'assez souvent, le mari est paralytique général, la femme tabétique ; on voit le premier porteur de lésions cérébrales, la seconde atteinte de myélite ; on voit le tabes conjugal, etc.; on voit qu'en somme, il existe une syphilis nerveuse conjugale.

Considérer isolément le tabes conjugal, c'est ne voir qu'un paragraphe de cette syphilis nerveuse des époux. Le hasard fait qu'ils sont tous deux tabétiques, plutôt que l'un tabétique et l'autre paralytique général, mais ce n'est pas le hasard qui leur a donné à tous deux une syphilis nerveuse.

Il paraît ainsi admissible qu'une syphilis nerveuse conjugale puisse être décrite à part : les faits aujourd'hui connus le permettent. Mais c'est uniquement parce que le mariage rend la confrontation aisée, nous le répétons, que cette épithète de conjugale entre en jeu. Presque tout ce qui n'est pas conjugal prête à de sérieuses suspicions, quand il s'agit d'établir que telle infection vient d'ici et non d'autre part : d'où la quasi-impossibilité de suivre les propriétés d'un virus syphilitique donné.

Nous arrivons alors à la conclusion générale suivante :

Les conditions de l'observation clinique sont telles que l'on peut isoler une syphilis conjugale à manifestations nerveuses prédominantes ; le tabes conjugal fait partie de cette variété. C'est uniquement parce que l'observation est défectueuse ailleurs que chez les conjoints qu'on est obligé de maintenir l'expression de syphilis nerveuse *conjugale*, car on peut penser, avec apparence de raison, que tous ces cas rentrent dans une *syphilis nerveuse essentielle*.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Lancereaux a obtenu un bon résultat du traitement d'un anévrysme par le sérum gélatineux.

Société de Chirurgie. — Les expériences de M. Delbet démontrent que l'on peut désinfecter complètement les mains, même trempées préalablement dans des cultures septiques.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Potain a observé six cas de transformation de la grippe en fièvre typhoïde. Tous se sont terminés par la guérison.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 Juin 1900

Présidence de M. Looten, président.

Sur un cas de rupture de l'urèthre

M. Carlier résume l'observation d'un malade qui, à la suite d'une chute sur un bateau, se fit un violent traumatisme du périnée et présenta peu après tous les symptômes classiques de la rupture de l'urèthre (rétention d'urine, urétrorragie, tumeur sanguine périnéale).

Amené peu après l'accident à l'hôpital, le malade fut opéré de suite ; l'urèthre était complètement divisé, les deux extrémités présentaient un écart de 3 centimètres. M. Carlier pratiqua la suture des deux fragments, mit une sonde à demeure, qu'on put retirer le neuvième jour après l'intervention, et deux jours après on pouvait passer un Béniqué numéro 47 ; actuellement on passe le numéro 55.

M. Carlier, à propos de ce malade, fait remarquer que souvent, on conseille d'essayer de sonder le blessé, et si c'est possible de placer une sonde à demeure ; il ne se rallie pas à pareille conduite, redoutant l'infiltration urineuse toujours possible, l'infection par la sonde et un rétrécissement cicatriciel assez étendu, survenant peu après l'ablation de la sonde à demeure ; il préconise au contraire l'intervention franche et la suture uréthrale. Il croit que l'on peut faire la suture sans sacrifier les bords de la section urèthrale, comme on l'a conseillé du reste, en réunissant d'abord la paroi postérieure de l'urèthre. Ce n'est que lorsque la paroi postérieure est rétablie qu'il faut tendre les fils placés sur la paroi antérieure.

M. Carlier discute alors la question de la suture complète du périnée. Le plus souvent il refait immédiatement le périnée, mais, dans le cas cité, les tissus étaient tellement contus qu'il redouta de voir ses fils céder. Il insiste ensuite sur l'inutilité de laisser trop longtemps la sonde à demeure, et il croit que l'on peut toujours l'enlever au sixième jour.

Si M. Carlier a présenté ce cas à la Société, c'est pour démontrer quel service on peut rendre à des malades de ce genre en ne s'attardant pas à les traiter par des moyens insuffisants, tels que les sondages, quand ils peuvent être pratiqués. Tout malade atteint de rupture de l'urètre est fatalement voué à un rétrécissement cicatriciel du canal, même lorsqu'on a pu mettre une sonde à demeure. En outre, la plu-

part de ces malades sont exposés à des complications graves, telles que l'infiltration d'urine avec ses conséquences, qui peuvent mettre leur existence en péril. Possibilité et fréquence de complications immédiates, certitude de la formation à brève échéance d'une cicatrice qui constituera une stricture urétrale à laquelle il faudra remédier chirurgicalement, ce sont là des raisons qui doivent engager tous les praticiens à opérer dans les vingt-quatre heures, tout malade qui présente des symptômes non douteux de rupture de l'urètre.

Appendicite. Du moment de l'intervention chirurgicale Appendicite médicale et chirurgicale

M. Lambret, revenant sur la question de l'appendicite, présente à la Société un calcul de forme allongée, découvert au cours d'une appendicectomie. La malade, entrée à l'hôpital en pleine crise appendiculaire, fut soignée médicalement, opium, diète hydrique, glace. Un mois après le début des accidents, alors que tout état aigu avait disparu, que la palpation ne décelait plus rien dans la fosse iliaque droite, on intervint. L'opération fut normale, on dut détruire une grande quantité d'adhérences pour arriver sur l'appendice qui était perforé, inclus dans une petite poche purulente contenant le calcul. Pas de suite opératoire. La malade guérit très-bien.

M. Charmeil cite la statistique du chirurgien lyonnais, Vallas, opérant à froid, et seulement cinq-six mois après l'attaque appendiculaire, voulant éviter de tomber sur de petites poches purulentes. S'appuyant sur cette opinion, il croit donc qu'il faudrait attendre plus d'un mois avant d'intervenir.

M. Carlier constate qu'actuellement tous les chirurgiens cherchent à opérer à froid. Broca fait tout pour éviter d'opérer une appendicite aiguë, se basant sur l'état du pouls et de la température. En tout cas, lorsqu'on intervient de suite, il faut être rapide et ne pas s'acharner à la recherche de l'appendice. Quant à attendre six mois après la crise appendiculaire, M. Carlier trouve que c'est fixer une date bien incertaine et qu'on peut très bien trouver des poches purulentes même après un intervalle aussi long.

M. Vanverts constate l'évolution des idées sur cette question. Au début on était interventionniste immédiat ; actuellement, on devient de plus en plus conservateur, préférant opérer à froid.

Actuellement l'époque de l'intervention est difficile à fixer. Si, après la disparition des phénomènes aigus, on ne souffre pas, on ne perçoit plus de tuméfaction dans la fosse iliaque droite, on peut retarder l'intervention ; mais l'existence de troubles digestifs est une indication à l'intervention. En tous cas, après une seconde attaque, il croit qu'il est prudent d'intervenir. L'opération est pratiquée généralement un mois à un mois et demi après la cessation des phénomènes aigus, mais on peut toujours trouver de petites poches purulentes.

M. Combemale cite alors le cas d'un arthritique faisant une fluxion appendiculaire à la suite d'une attaque de goutte franche ; la douleur, d'abord localisée aux orteils et au coude, disparut le jour même où apparaissait la poussée d'appendicite. Par deux fois, le malade fit une attaque d'appendicite, chaque fois sous la dépendance d'un accès de goutte.

M. Combemale demande s'il y a lieu d'intervenir, si cette attaque goutteuse sur la séreuse de la fosse iliaque droite, présentant tous les symptômes classiques de l'appendicite, aurait déterminé les chirurgiens à opérer.

M. Looten cite un cas analogue, mais ayant débuté par la fluxion appendiculaire, celle-ci disparaissant avec la manifestation goutteuse.

M. Carlier serait d'avis d'intervenir, car il peut y avoir dans les deux cas signalés une simple concomitance de faits.

Etude clinique et expérimentale sur l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures

M. Vanverts présente, au nom de **M. Carrière** et au sien, un mémoire sur l'action de la thyroïdine (*sera publié dans un prochain numéro*) et arrive aux conclusions suivantes :

« Des deux séries d'expériences que nous avons rapportées on peut conclure catégoriquement que chez le lapin l'administration de la thyroïdine ne hâte en aucune façon la consolidation des fractures.

» Nous ne croyons pas qu'il soit permis d'appliquer d'emblée ces conclusions à la thérapeutique humaine. Il nous semble cependant qu'à ce point de vue les résultats que nous avons obtenus expérimentalement ne sont pas sans présenter quelque intérêt. »

M. Lambert est de l'avis de M. Vanverts. On avait cru, au début de l'expérimentation clinique, que la thyroïdine pourrait favoriser la consolidation des fractures récentes. Les résultats ont été négatifs. Parfois, on s'est trouvé en présence de succès, parfois aussi, on n'a pu saisir aucune différence notable. Depuis cette époque, il s'est enquis plus tôt de ce que devenaient les fractures, enlevant les appareils plâtrés plus tôt que de coutume, et souvent il a pu constater des consolidations suffisantes, dans un laps de temps aussi court que dans celui signalé par l'usage de la thyroïdine.

Dans les cas de retard de consolidation, l'action de la thyroïdine n'est pas niable, dans certains cas seulement encore. Mais ce qui est certain, c'est que la glande thyroïde a une influence très manifeste sur le développement du système osseux. Enlevez la glande thyroïde à un animal, il ne se développera plus : à un garçon, il conservera le type infantile ; donnez de la thyroïdine à des arriérés, ils grandiront rapidement. Cette action est très nette, contrôlée par la radiographie et par l'histologie.

Le problème thérapeutique est encore rempli d'inconnues. On ne peut encore dire pourquoi la thyroïdine a une action aussi manifeste dans certains cas, et absolument nulle dans des cas presque identiques.

M. Combemale, poursuivant le raisonnement de M. Lambret, émet l'hypothèse qu'il faut attribuer les succès de la thyroïdine dans les cas de consolidation retardée à un état myxœdémateux atténué, d'insuffisance thyroïdienne, d'hypothyroïdie bénigne, comme l'a appelé Hertoghe (d'Anvers).

M. COMBEMALE croit de plus en plus qu'on peut faire jouer un certain rôle à l'âge, en ce sens que chez les séniles, la glande sclérosée fonctionne mal, amenant un état myxœdémateux fruste. Il demande de plus qu'on fasse la preuve du contraire et qu'on s'informe si les hyperthyroïdiens, les basedowiens, ne consolident pas très vite leurs fractures.

M. Gaudier n'a pas encore observé de fracture chez les basedowiens, mais il a pu constater que les plaies se cicatrisaient très bien et très rapidement.

M. Lambret admet l'hypothèse de M. COMBEMALE et cite à ce propos la classification de GAUTHIER (de Charolles) qui classe les individus en hypothyroïdiens et en hyperthyroïdiens. Les uns consolident mal, les autres consolident rapidement leurs fractures. P. V.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le tombeau d'Avicenne

Par M. CHANIAVSKYÏ (1).

En allant de Téhéran à Bagdad, je passai quelques jours à Hamadane, l'ancienne Ecbatane, et autrefois la capitale de la Médie. De la vieille cité il ne reste plus que des ruines et des tas de décombres ; mais ceux-ci témoignent de son antique grandeur. Il n'y a cependant que très peu de souvenirs du passé, et parmi eux le tombeau d'Avicenne, mentionné par RECLUS (*Géographie*, IX, p. 213, 1887). Le tombeau du prince de la médecine arabe est encore aujourd'hui l'objet d'une vénération particulière de la part des habitants du pays, comme l'a assuré M. HOLMES, tout à la fois médecin et missionnaire américain, et qui habite Hamadane depuis plusieurs années. Grâce à lui, j'ai pu trouver le tombeau plus facilement que certain lion de pierre, figuré dans RECLUS, et qui jouit de la réputation d'accomplir les vœux de ses vénérateurs ; on compte parmi ceux-ci nombre de femmes stériles. D'après une légende locale, cedit lion doit racheter ainsi les méfaits qu'il commit de son vivant et pour lesquels Allah le métamorphosa en pierre. Le bloc est aussi un phonolithe, car il résonne quand on le frappe. C'est vraisemblablement le débris des ornementations de quelque palais ou jardin d'Ecbatane.

Sur la rive gauche d'un des torrents qui traversent la ville du Sud au Nord, et derrière un vieux cimetière abandonné, étroitement enclavé dans les constructions voisines, se trouve une tuilerie, contenant un petit espace quadrangulaire, où est édifié le mausolée ; devant la façade est une toute petite cour avec quelques cyprès et de misérables broussailles. Quant au mausolée lui-même, il est formé de briques mal assemblées et couronné d'une coupole en argile, le tout déjà fort endommagé. En pénétrant à l'intérieur du mausolée, par une toute petite porte, on se trouve tout d'abord en pleine obscurité ; ce n'est qu'à la longue que l'œil finit par distinguer sous la coupole deux pierres grossières, couvertes d'inscriptions arabes. L'une, la plus proche de la porte, est protégée par une sorte de couvercle à deux battants ; l'autre, placée plus loin et parallèle à la première, n'a qu'un simple couvercle. Sous la première repose Avicenne ou Ibn-Cina, comme l'appellent les habitants du lieu, mais les derviches le nomment le cheïk Bon-Ali-Ibn-Cina ; sous la seconde pierre est enterré le cheïck Abdoul-Ceid-Abdoul-Cheir, qui passe pour un saint. Dans un angle, trois derviches fument paresseusement un commun narghilé tout en gardant la tombe. Chaque jour la tombe d'Ibn-Cina reçoit des visiteurs, surtout des malades, et les guérisons sont loin d'être rares. Même mort, Avicenne se trouve avoir une nombreuse clientèle.

(*Gazette des Hôpitaux*.)

(1) Traduit du russe par M. R. de Bovis, in *Wratch*, 1900, n° 5, p. 158.

NOUVELLES & INFORMATIONS

1er Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale (23-28 juillet 1900). — Le comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale a l'honneur d'informer le corps médical que la lettre d'invitation au Congrès, grâce à laquelle chaque congressiste pourra obtenir sur les chemins de fer français une remise de 50 p. 100, est adressée en ce moment à tous les adhérents.

Le comité rappelle que cette réduction ne peut être accordée qu'aux adhérents, qui auront versé leur cotisation *avant le 20 Juin 1900.*

Ce n'est qu'à partir du 15 juillet, que le trésorier pourra mettre à la disposition des adhérents la carte de membre du Congrès, qui donne droit à l'entrée, non seulement aux séances du Congrès, mais encore à l'Exposition universelle pendant toute la session.

C'est également à cet époque que pourront être remis les rapports imprimés auxquels ont droit les membres titulaires ainsi que le programme officiel du Congrès.

La carte de membre, le programme et les rapports imprimés pourront être retirés aux bureaux du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, du 15 au 23 juillet ; toutefois le trésorier pourra faire parvenir par la poste ces diverses pièces à cette même époque, à la condition que l'on veuille bien lui faire savoir d'ici là à quelle adresse elles pourront être envoyées.

— En réponse à des demandes nombreuses qui lui ont été adressées, le Comité Exécutif du **XIIIe Congrès International de Médecine** a décidé que les dentistes non docteurs en médecine, mais pourvus d'un *diplôme d'Etat* français ou étranger, pourront se faire inscrire comme Membres du Congrès dans la Section de Stomatologie.

Envoyer les adhésions aux Bureaux du Congrès, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Marseille. — Ont été nommés à la suite de concours : chef de clinique médicale, M. le Dr CHASSY ; chef de clinique chirurgicale M. le docteur BARTOLI.

Toulouse. — M. le professeur LABEDA, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — A été élu membre titulaire M. Joannès CHATIN, professeur à la Faculté des Sciences de Paris.

Société anatomique. — M. le docteur Dartigues est élu membre correspondant.

Académie de médecine. — Ont été élus associés nationaux : MM. les professeurs Pierret, de Lyon ; Morache, de Bordeaux.

HOPITAUX

Paris. — Le concours pour six places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Bruhl, Renault, Soupault, F. Bezancon, Gouget et Macaigne.

Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Marion et Riche.

Distinctions honorifiques

Epidémies. — Une médaille de bronze vient d'être décernée à M. Brunet, externe à l'hospice des enfants, à Bordeaux ; un témoigne de satisfaction à M. le médecin militaire H. Castaing.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Cunin, maire de Haroué (Meurthe-et-Moselle) ; Jouanno, médecin-major au 62e de ligne, à Lorient ; d'Echérac, de Paris ; Casanova, de Constantine (Algérie) ; Moncoq, de Caen (Calvados) ; Le Gruel, de Pont-l'Abbé Puauville.

Mardi 5 juin, a été conduit à sa dernière demeure un étudiant de notre Faculté de médecine, M. Assain Anghelof, né à Sofia (Bulgarie), ancien élève de l'école militaire de cette ville, d'où il était sorti avec le grade de sous-lieutenant.

Pendant ses études, trop souvent interrompues par les attaques d'un mal qui ne pardonne guère, ses professeurs avaient pu apprécier son zèle, et ses camarades, de leur côté, l'aimaient pour sa bonté et sa droiture. Il a eu au moins la consolation de voir sa mère auprès de lui, à ses derniers moments.

Au cimetière, M. le doyen de la Faculté, au nom de l'Université ; M. Haumant, au nom de la Société de patronage des étudiants étrangers, et M. Kisselkof, au nom de ses compatriotes, ont rendu un dernier hommage à cette vie laborieuse, si cruellement fauchée.

Puissent ces témoignages d'estime et de sympathie adoucir la douleur de la famille, dont il était la joie et l'espérance.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

22me semaine, du 27 Mai au 3 Juin 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	8
3 mois à un an	3	1
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	5	3
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	7	6
40 à 60 ans	9	9
60 à 80 ans	9	11
80 ans et au-dessus	1	7
Total	39	50

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	9	14	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	7	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	7	12	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	2	8	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3	10	8
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	4	10	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	1	»	»	1	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	5	12	20
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	7
Total	1	2	»	»	1	2	»	7	9	4	8	»	»	15	»	»	1	1	»	38	89	120

N° 179. Quatrième Année. N° 24. Le Numéro : **10** centimes. 17 Juin 1900

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Le « Gant de Vernis Sœhnée » pour la protection des mains du chirurgien et de l'anatomiste (1)

Par le docteur **A. Mariau**
Médecin-Major de l'Armée, ancien chef des travaux anatomiques.

Messieurs,

La Société de Chirurgie vient de remettre en discussion le problème de l'asepsie opératoire. La grosse question, la plus difficile à résoudre, c'est naturellement celle de la stérilisation des mains du chirurgien. Opérer avec des mains aseptiques est un idéal théorique dont personne ne conteste la valeur, mais cet idéal, jusqu'ici, n'a pas paru réalisable, et les opinions ne s'accordent plus dès qu'on discute les moyens pratiques de l'approcher le plus possible. M. Quénu fait usage de gants de filoselle, qu'il renouvelle plusieurs fois au cours de l'opération. M. Schwartz convient que cette manière d'agir est excellente, mais les différents genres de gants dont il a usé ne le satisfont pas encore. D'autres chirurgiens, comme M. Bazy, déclarent que le lavage soigneux est toujours suffisant et qu'à trop compliquer les moyens de stérilisation, on finirait par rendre la chirurgie impraticable (1).

(1) Communication à la Soc. centrale de Méd. du Nord. Séance du 25 mai 1900.

Mais, messieurs, je n'ai pas ici l'intention de résumer et de discuter ces diverses opinions. Je n'en veux retenir qu'un point sur lequel tout le monde, ou presque, s'est accordé, et ce point le voici : Tout médecin qui viendra de faire une dissection anatomique ou une autopsie ne devra pas, par prudence, opérer le même jour. M. Quénu estime même que le chef de service d'une salle de chirurgie ne doit jamais franchir le seuil de la salle d'autopsie. M. Tuffier, et je suis bien de son avis, ne se laisserait pas opérer par un chirurgien *qui viendrait de toucher* à un foyer septique. M. Bazy, tout en trouvant ces précautions peut-être excessives, reconnaît que le cas ne se présente qu'exceptionnellement d'un chirurgien ayant à faire le même jour une autopsie et une laparotomie, par exemple.

Que ce cas soit exceptionnel, qu'il soit seulement possible, cela ne suffit-il déjà pas pour qu'on s'en occupe et qu'on lui cherche des règles spéciales ? Or, il est moins que rare. Pour ne parler que d'une catégorie de praticiens, les médecins militaires n'ont à leur disposition ni internes, ni chefs de clinique qui puissent, le jour où un acte chirurgical devra suivre de près une autopsie, les suppléer pour l'une ou l'autre de ces fonctions. Et combien d'autres sont dans ce cas ! Quel chirurgien peut dire qu'il n'aura pas, le matin, à opérer *d'urgence* une pleurésie putride et, le soir, à pratiquer *d'urgence* une laparotomie ?

On peut donc poser comme essentiellement pratique le problème suivant : Etant donnée, pour un chirurgien, l'obligation de toucher à un foyer de suppuration ou de putréfaction, existe-t-il un moyen qui lui permette, *à coup sûr*, de protéger ses mains contre l'imprégnation septique ; inversement, si cette imprégnation septique s'est produite, existe-t-il un moyen qui permette, *à coup*

(1) Société de Chirurgie, 25 avril, 15 mai 1900.

sûr, d'empêcher que les mains du chirurgien n'infectent ses opérés ultérieurs ? Je dis «à coup sûr» parce que jusqu'ici les lavages soigneux, l'usage des antiseptiques forts réduisent incontestablement le danger à des proportions assez faibles. Mais ce danger existe encore *quelquefois*, l'expérience le prouve, et si un cas malheureux n'est *rien* dans une statistique, il est *tout* pour celui (mettons-nous à sa place) qui en est la victime.

Quel moyen nous donnera une sécurité complète ?

On en a essayé plusieurs ; mais on peut dire qu'en règle générale ils sont d'autant moins pratiques qu'ils sont plus efficaces (le gant de caoutchouc). Je crois, Messieurs, que celui que je vais soumettre à votre appréciation réunit tous les avantages désirables.

I

Il y a dix ans, je poursuivais dans le laboratoire du professeur Testut des recherches anatomiques qui avaient pour principal objet la cavité abdominale. Pour préserver mes mains de l'odeur abominablement tenace qu'elles conservent après ce genre de travaux, j'avais imaginé de les recouvrir, avant de toucher au cadavre, d'une couche de vernis. La dissection faite, les mains étaient lavées à l'alcool qui emportait le vernis et les produits septiques qui y adhéraient. L'odeur ne persistait pas ; il n'y avait pas eu *imprégnation des couches de l'épiderme*. M. le professeur Lacassagne essaya de ce « gant de vernis » pour ses autopsies médico-légales et s'en montra fort satisfait. C'est ce procédé que j'ai repris et amélioré. L'idée de se garnir les mains d'une substance isolante n'est pas neuve. Beaucoup d'anatomistes emploient la vaseline qui exerce une demi-protection. Je viens d'apprendre que le *savon noir* réussit très bien pour les autopsies. M. le professeur Calmette me disait ces jours derniers qu'on avait essayé le vernis photographique, mais avec un médiocre succès. La valeur du procédé consiste, avant tout, dans le choix de la substance employée. Le vernis dont je me suis servi présentait déjà des qualités excellentes. Je viens de le soumettre, grâce aux facilités qui m'ont été données par M. le professeur Calmette, à des expériences bactériologiques dont les résultats sont assez intéressants pour mériter de vous être communiqués.

Je suis bien fâché d'avoir l'air de faire ici, pour un produit commercial, une réclame qui est à cent lieues de ma pensée ; mais le seul vernis qui remplisse toutes les conditions requises par l'usage qui nous occupe, est le *vernis blanc à tableaux, n° 3, de Sœhnée frères*. Aucun autre, j'en ai fait l'expérience, ne peut le remplacer. Il doit être employé tel quel, et toute tentative pour modifier sa composition, pour le charger par exemple de substances antiseptiques, ne ferait qu'en diminuer la valeur. Tel qu'il est, il est parfait, et l'énumération de ses qualités, vous fera, je l'espère, juger comme moi.

1° Le vernis Sœhnée est *aseptique*. Des tubes de bouillon ensemencés avec une ou plusieurs gouttes de vernis restent stériles. Il fallait s'y attendre : Ce vernis est exempt de germes, précisément parce qu'il est *antiseptique*, par l'alcool et les résines qu'il contient. Ce pouvoir antiseptique est *intentionnellement* augmenté par l'adjonction *d'essence de lavande* qui a l'avantage de lui communiquer un parfum agréable ;

2° Le vernis Sœhnée est rapidement *siccatif*. J'en passe une couche sur mes doigts ; en 4 ou 5 minutes elle est très suffisamment sèche ;

3° Ce vernis est *hydrofuge*. Je verse dans le creux de ma main, préalablement verni et bien séché, quelques gouttes de ce liquide coloré en bleu. Vous voyez le liquide ruisseler sur ma peau sans l'imprégner, les gouttes prendre l'état sphéroïdal et rouler comme des perles sans mouiller la surface qu'elles touchent. Le liquide que je viens d'employer est une solution forte de bichlorure, et sert à prouver, du même coup, que le chirurgien pourra, sans dommage, tremper ses mains vernies dans le sublimé (1).

4° Ce vernis est très *adhésif*. Son adhérence à la peau est parfaite pendant quelques heures, et en tout cas pendant une durée toujours supérieure à celle d'une dissection ou d'une opération. Plus tard, la transpiration cutanée le fait se détacher en squames comme le collodion, mais cela n'arrive qu'au bout de cinq ou six heures. J'ai verni le creux d'une de mes mains et procédé à mes occupations habituelles ; au bout de quatre heures la couche de vernis avait perdu son brillant, mais elle était intacte ;

5° *Sa cohérence* est remarquable ; il faut le gratter assez fortement pour entamer ses couches superficielles. Le lavage à l'eau savonneuse ne supprime que momentanément le brillant de sa surface qui ne tarde pas à reparaître. Enfin cette cohérence est démontrée par les expériences suivantes : Je dépose sur une plaque de gélose stérile, quelques gouttes de vernis qui s'étalent en une couche d'une minceur extrême. La couche une fois sèche, je répands par dessus une culture pure et virulente de staphylocoque, et je mets la gélose à l'étuve : rien ne pousse. La mince lame de vernis a exercé une protection suffisante. Si elle s'était fendillée en quelque endroit, l'apparition d'une colonie aurait dénoncé la fissure.

Autre expérience : une baguette de verre est badigeonnée avec une culture très vivace de *B. Subtilis* et mise à sécher ; puis elle est trempée dans le vernis et secouée pour qu'il n'en reste à sa surface qu'une couche très mince. Cette baguette, immergée dans le bouillon, ne donne lieu à aucune culture.

6° Enfin ce vernis est d'une *élasticité* et d'une *souplesse* parfaites. Il ne procure aux mains aucune sensation de striction gênante ; il n'entrave en aucune façon la liberté des mouvements ; la qualité du tact n'en est en rien diminuée. Après plusieurs mouvements de flexion et d'extension, et ceci est important, la couche de vernis, si elle a été passée sur une peau parfaitement sèche, ne se fendille pas dans les plis. On chercherait vainement à la

(1) Le permanganate de potasse oxyde le vernis et le rend poisseux. On ne doit pas en faire usage en même temps.



loupe la moindre craquelure. J'ajouterai qu'après des expériences prolongées, l'emploi de ce vernis n'a entraîné aucun dommage pour la peau. Pas de suppression des fonctions cutanées, pas de desquamation, rien qui puisse faire penser à une irritation quelconque. L'usage éventuel que les chirurgiens pourront en faire sera donc sans inconvénients.

En un mot le vernis SŒHNÉE permet de revêtir la main d'un gant *aseptique*, *imperméable*, *souple* et *transparent*, qui tapisse intimement tous les plis de la peau, comble la sertissure des ongles et s'insinue dans l'espace sous-unguéal, sans que sa continuité, *s'il est bien appliqué*, s'interrompe en aucun point.

Messieurs, toutes les qualités de ce vernis ne sont pas le résultat du hasard. L'usage industriel auquel il est destiné (restauration des tableaux à l'huile), demande qu'il les possède : hydrofuge, il s'oppose à la détérioration des toiles par l'humidité ; antiseptique, il entrave le développement des moisissures ; élastique et cohérent, il pare à la production de ces craquelures, de ces lézardes par où meurent les vieilles peintures. Ces qualités étant justement celles que nous recherchons, et ce produit les réunissant au complet, je ne crains pas de répéter que le seul vernis capable de nous faire un gant réalisant une production efficace, est le vernis blanc, à tableaux, n° 3, de SŒHNÉE frères (1). Un flacon de 0,60 c., peut servir 6 fois. Je dirai volontiers qu'il contient six « paires de gants », à 0,10 centimes.

II

Messieurs, je viens de parler de l'efficacité du gant de vernis SŒHNÉE. N'est-ce pas un peu prématuré ? Jusqu'ici vous êtes en droit de me dire : « Etes-vous certain que des mains souillées de poussières ou de produits septiques, puis recouvertes, enrobées d'une couche partout continue de ce vernis, pourront être impunément promenées dans un péritoine ? A dire vrai, les expériences relatées plus haut nous portent à l'admettre ; mais ce n'est pas assez, nous voulons en être sûr. Et dans des démonstrations de ce genre, les déductions théoriques les plus serrées ne sont encore rien ; il leur faut le contrôle de l'expérience.

Eh bien, Messieurs, je dois à M. le docteur CALMETTE, d'avoir pu effectuer une expérience capable de vous donner, je crois, pleine satisfaction. Cette expérience dont l'idée première et la technique appartiennent en entier à M. CALMETTE, je la rapporterai dans tous ses détails ; car en même temps qu'elle prouve la valeur du procédé dont je vous entretiens, elle est la mise en pratique d'une méthode de laboratoire fort élégante, que M. CALMETTE a imaginée et n'a pas encore publiée. Je suis heureux de remercier ici le savant directeur de l'Institut Pasteur des conseils qu'il m'a donnés, des moyens qu'il a mis à ma disposition, des objections qu'il m'a proposées et que j'ai essayé de résoudre.

Voici, résumée dans ses grandes lignes, en quoi l'expérience devait consister. Dans un demi-litre de bouillon, stérilisé à l'étuve, je laverais mes mains, après les avoir *salies le plus possible*, puis recouvertes d'une couche *parfaitement continue* de vernis SŒHNÉE. J'aurais ensuite à rechercher si le bouillon était souillé de germes et dans quelles proportions.

La grande difficulté était d'opérer sur une grande masse de bouillon exposée à l'air par une large surface et susceptible d'être ensemencée par les poussières atmosphériques, ce qui eût faussé les résultats. L'appareil et la technique que je vais décrire ont supprimé toute chance de contamination étrangère.

Qu'on imagine une grande boîte en bois de forme généralement cubique, mais dont le côté supérieur est taillé en plan incliné comme le dessous d'un pupitre. Ce côté supérieur est *vitré*, et permet de voir ce qui ce passe dans la



boîte. Sur le pan vertical le moins haut (à l'avant du pupitre) sont percés deux trous de 0,25 centimètres de diamètre, auxquels sont adaptées deux manches en caoutchouc ; des orifices latéraux vitrés donnent de la lumière dans l'intérieur de cette sorte de chambre ; d'autres orifices plus petits, servant à l'aération, sont bouchés de tampons de coton sur lesquels se filtre l'air extérieur. On conçoit que l'opérateur pourra introduire ses mains dans la chambre et y travailler à l'abri des poussières de l'air (voir la photographie).

Technique de l'expérience. — 1er Temps. L'intérieur de la boîte est essuyé avec une éponge humide et badigeonné

(1) J'ignore la composition exacte de ce vernis.

avec une solution de sublimé. La surface sur laquelle elle reposera (table en opaline) subit la même préparation. Voici donc une chambre close de partout et dont les parois sont exemptes de poussières.

2e Temps. Dans cette chambre on introduit : a) un cristallisoir à recouvrement, à demi-plein de bouillon et *sortant de l'étuve à 120°* ; entre le couvercle et le cristallisoir est interposée, tendue en peau de tambour, une feuille de papier ; b) le flacon de vernis *flambé* extérieurement y compris le bouchon ; c) une capsule également *flambée* intus et extra, et momentanément recouverte. Puis tout est laissé en repos pendant quelques minutes, pour que les poussières en suspension dans la chambre se déposent et se fixent sur les parois *humides*.

3e Temps. Au bout d'un instant, l'opérateur engage ses bras nus jusqu'à l'épaule, lavés et encore humides, dans les manches de caoutchouc ; ses mains, préalablement souillées de poussières ou de cultures, pénètrent dans la chambre.

4e Temps. Le flacon de vernis *stérile* est débouché et son contenu versé dans la capsule *stérile* placée à côté de lui. Le couvercle du cristallisoir est enlevé, de sorte que le bouillon n'est plus séparé de l'extérieur que par la feuille de papier *stérile*, tendue sur le cristallisoir.

L'opérateur se *gante* alors soigneusement avec le vernis. J'indiquerai plus loin la façon de s'y prendre. Il a soin de garnir abondamment de vernis la sertissure des ongles, l'espace sous-unguéal et, pour ce faire, trempe le bout de ses doigts dans le vernis pendant quelques secondes, les retire et les laisse la pointe en bas. Puis il attend patiemment que ses mains soient sèches. La dessiccation est ici longue à se produire, entravée qu'elle est, par les vapeurs d'alcool qui s'échappent des mains et saturent rapidement l'atmosphère restreinte dans laquelle on opère. Mais enfin, en un quart d'heure au plus, la dessiccation se produit.

5e temps. Le moment décisif de l'expérience est arrivé ; le papier recouvrant le cristallisoir est rapidement enlevé. L'opérateur immerge ses mains dans le bouillon, les y fait barboter, exécute dans le liquide des mouvements d'extension et de flexion des doigts, puis replace rapidement le couvercle sur le cristallisoir. L'opération est terminée. Comme on le voit, si le bouillon a reçu des germes, ils ne peuvent provenir que des mains de l'opérateur.

Il ne reste plus qu'à prélever le bouillon avec des pipettes stérilisées et à le répartir par 1, 2, 3,... 9, 10 gouttes, etc., dans des tubes de bouillon stérile. Quelques centimetres cubes de bouillon peuvent être incorporés à de la gélatine dans des ballons coniques à fond plat pour la numération des germes.

Cette expérience, pratiquée comme je viens de la décrire, le 15 mai, m'a donné un superbe résultat. Mes mains *horriblement souillées de poussières, puis vernies*, ont barboté pendant cinq secondes dans le bouillon, qui a été ensuite brassé, puis ensemencé : 10 tubes de bouillon stérile ont reçu le premier une goutte, le second deux gouttes,... le dernier dix gouttes. Voici ces tubes. Ils sont à l'étuve depuis douze jours et vous pouvez voir que le bouillon est resté parfaitement clair, rien n'a poussé. Un centimètre cube de lavage a été incorporé à la gélatine d'un ballon conique à fond plat ; après douze jours, pas une colonie n'est apparue.

J'ai refait cette expérience huit jours après, dans les mêmes conditions. Mais cette fois, mes mains encore plus sales, *sous leur gant de vernis*, que dans l'expérience précédente, ont barboté pendant huit secondes dans le bouillon, et ce dernier a été ensemencé en beaucoup plus grande quantité (de 20 à 50 gouttes) dans dix tubes.

Eh bien, cette fois encore, *tout est resté stérile*. Le bouillon resté dans le cristallisoir recouvert s'est troublé ultérieurement. Mais pendant les prélèvements d'échantillon, effectués hors de la chambre vitrée, il avait subi le contact de l'air extérieur, ce qui a suffi à l'ensemencer.

Cette belle expérience, imaginée par M. Calmette, démontre donc que des mains sales peuvent être plongées dans du bouillon sans y déposer un seul germe, pourvu qu'une couche de vernis Schenné *s'interpose* entre l'épiderme souillé de poussières et de bouillon de culture. Elle démontre, à *fortiori*, que des mains de chirurgien, non plus sales, mais simplement suspectes, deviennent inoffensives pour le péritoine d'un opéré, si elles sont convenablement gantées de ce même vernis.

On me dira peut-être : « Etes-vous sûr que le bouillon que vous avez employé était apte à la culture ? Voici trois tubes qui répondent éloquemment : ils contiennent du bouillon frère de celui qui a servi à mes ensemencements. J'y ai trempé le bout de mes doigts, non plus horriblement sales, mais simplement exempts de lavage récent ; le contact n'a pas duré deux secondes, et mes tubes n'ont pas encore deux jours d'étuve. Or, voici que le bouillon est déjà trouble et qu'il y foisonne quantité de microbes et de moisissures.

III

J'en arrive à la manière de se ganter. Si « c'est une science et un art que de se laver les mains » (Lejars), il ne faut pas moins de soin pour les garnir d'un gant irréprochable.

1° D'abord, il faut bien savoir que le vernis *ne prend pas* sur la peau humide. Commencez donc par bien essuyer l'eau de lavage ou la sueur, rincez vos mains avec quelques gouttes d'alcool à 90° et séchez-les une dernière fois. C'est le moyen d'obtenir un gant solide et adhérent.

2° On verse ensuite dans le creux de ses mains la valeur d'une cuillerée à café de vernis, et on l'étale sans se presser, en évitant qu'il fasse des bulles sur toute la surface à protéger : le dos des mains, la paume, les doigts, les entre-doigts, la sertissure des ongles ; ne pas oublier le bord cubital des mains (négligé quelquefois dans des lavages d'ailleurs minutieux). Pour combler l'espace sous-unguéal, ou du moins pour que le vernis en atteigne simplement le fond, on peut remplir un petit godet de vernis et tremper successivement chaque doigt, qu'on laissera sécher la pointe en bas. On constate que les mains sont *partout* bril-

lantes, comme émaillées, qu'aucune bande d'épiderme n'a échappé au vernissage, et on les laisse sécher.

Là est l'écueil, car il y faut de la patience. Cinq minutes, cela paraît long, surtout quand il faut tenir ses mains, *pendantes, larges ouvertes, doigts écartés*, sans faire de mouvements des doigts. Ici, un point essentiel, recommandé aux chirurgiens : Faites sécher vos mains au dessus du réchaud à gaz qui est dans toutes les salles d'opérations, à 0,60 de la flamme. Le courant d'air chaud, sec, *exempt de poussières*, assurera une dessiccation plus prompte. Tant que les mains poissent, éviter de fléchir ou de rapprocher les doigts qui s'agglutineraient entre eux et ne se détacheraient qu'en écaillant le vernis. Au bout de quatre ou cinq minutes, tremper les mains dans l'eau (ou le sublimé), elles ne poisseront plus.

Le cas de l'anatomiste (médecin-légiste, anatomo-pathologiste) est inverse de celui du chirurgien. Le premier protège ses mains contre le cadavre, le second protège l'opéré contre ses mains. Pour chacun les règles sont un peu spéciales.

1° *Cas de l'anatomiste.*— L'opérateur se gantera, comme il est dit plus haut, et ne commencera sa dissection que quand ses mains seront parfaitement sèches. Son travail terminé, il se lavera soigneusement les mains à l'eau savonneuse, avant d'enlever le vernis. Pourquoi ? Parce que s'il les immergeait directement dans l'alcool, celui-ci diluerait les produits putrides, *en même temps* qu'il dissoudrait le vernis, et finalement les mains baigneraient à nu dans un mélange trouble chargé de résidus odorants et septiques. Au contraire, le lavage savonneux préalable décape, sans l'entamer, le revêtement de vernis. Les mains bien lavées et dûment essuyées seront alors, mais seulement alors, rincées vivement dans l'alcool à 90 degrés une ou plusieurs fois, jusqu'à ce que tout le vernis soit balayé. En un mot, il est essentiel de « laver ses gants avant de les ôter ».

La ténacité désespérante des odeurs anatomiques vient de ce que les liquides putrides imprègnent, *imbibent* l'épaisseur des couches épidermiques. Le gant de vernis, hydrofuge et impénétrable, est le meilleur obstacle à opposer à cette imbibition.

Cas du chirurgien. — Le chirurgien se gantera et se dégantera comme l'anatomiste. Mais il va sans dire qu'il ne devra pas, comme je l'avais fait pour rendre mes expériences plus démonstratives, garder des mains sales sous ses gants. Deux sûretés valent mieux qu'une et il conviendra de laver très soigneusement ses mains avant de les vernir. — Durant l'opération, le chirurgien pourra sans nul inconvénient faire ruisseler du sublimé sur ses mains souillées de sang ou de pus.

Tel est, Messieurs, le procédé que je soumets à votre appréciation. Il est pratique, il est peu coûteux, l'expérience montre qu'on peut l'employer avec confiance.

Je serais heureux de le voir mis à l'essai, et soumis à l'épreuve d'une pratique de quelque durée, qui jugera sa valeur.

A la suite de cette communication, M. Moty a fait observer que le gant de vernis pourrait peut-être garantir les mains contre ces poussées de dermite suppurative que provoque parfois la préparation des appareils au silicate. M. Oui pense que le vernissage des doigts, avant un toucher gynécologique suspect, serait une bonne précaution. Je crois bon de signaler ici ces applications très rationnelles.

MM. Folet et Lambret ont demandé si les manœuvres, le maniement des instruments, le serrage des fils à ligatures, la sécrétion sudorale ne compromettaient pas l'intégrité du gant de vernis, et dans quelle mesure.

J'avais déjà songé à cette objection, mais je manquais d'éléments pour la résoudre avec rigueur. Une expérience que j'ai eu l'idée d'emprunter à la physiologie classique me mit en mesure d'y répondre aujourd'hui de façon suffisante.

Tout le monde connaît l'expérience qui démontre l'imperméabilité de l'épithélium vésical ; elle est ici d'une application facile et très démonstrative.

Je badigeonne la paume d'une de mes mains avec une solution de ferrocyanure de K, et je la laisse sécher ; puis je la recouvre d'une couche de vernis.

Si maintenant je répands sur ma main une solution d'un sel ferrique, partout où le ferrocyanure n'est pas protégé, la réaction du bleu de Prusse se produit, les bandes d'épiderme laissées intentionnellement hors de la protection du vernis deviennent d'un bleu intense.

Eh bien, dans toute l'étendue de la couche de vernis la *réaction ne se produit pas*, si le gant est fraîchement appliqué (1) même après des mouvements répétés d'extension et de flexion, et le maniement d'instruments variés. Mais après le serrage d'une ligature, si le fil a *glissé* sur le doigt et *scié* la peau, une ligne bleue se montre, dénonçant la brèche. Donc il est bon de savoir qu'au moment des ligatures, la protection peut cesser aux points où les doigts seront enserrés par les fils. Mais les ligatures constituent le dernier temps de l'opération, et le dommage causé est presque négligeable.

Quant à la sécrétion sudorale, elle n'est pas sensiblement exagérée par le gant de vernis, au moins d'après ce que j'ai vu, et ne compromet pas, à mon avis, l'efficacité du procédé. Il faut sans doute réserver les cas d'hyperhydrose des mains, d'ailleurs assez préjudiciables à toute chirurgie antiseptique.

En somme, le gant de vernis ne saurait *tenir* indéfiniment sur la peau vivante, ni résister à toutes les agressions. Mais pendant les deux premières heures de son application, l'expérience le montre, il est assez adhérent et assez solide pour exercer une protection absolue.

Et maintenant, je ne prétends pas qu'il soit indispensable dans la pratique courante. On a fait, Dieu merci, et on fera encore de la bonne chirurgie avec des mains simplement savonnées, brossées, ou imprégnées d'antiseptiques

(1) Avec un gant vieux de deux heures, quelques fissures minimes, dénoncées par le bleu, se produisent dans les plis de flexion.

forts. Je n'ai visé que le cas du chirurgien dont les mains seraient souillées par le contact du cadavre ou d'un foyer d'infection. M. le professeur TERRIER, avec sa haute autorité, vient de dire (1) qu'il faut aux chirurgiens des *escouades* de suppléants et d'aides expérimentés pour faire à leur place les opérations septiques et les autopsies. A ces chirurgiens privilégiés, le gant de vernis est inutile. Mais à ceux qui *cumulent*, à ceux qui fréquentent l'amphithéâtre, qui passent d'un phlegnon gangréneux à un péritoine sain, ou qui font un accouchement après avoir pansé un érysipèle, tout cela par obligation, je dirai : « Gantez vous de vernis SCHNÉE avant votre besogne septique ; puis savonnez vos mains encore gantées ; et rincez-les enfin dans l'alcool à 90° qui emportera le vernis. C'est un moyen *sûr* de ne pas vous imprégner de germes dangereux. Et si vous devez opérer peu de temps après (sans parler des autres précautions indispensables), revêtez vos mains, bien lavées et séchées, d'une nouvelle « paire de gants » neuve; vous obtiendrez ainsi le maximum possible de sécurité que votre malade anxieux attend de vous.

Observation de chorée chronique héréditaire d'Huntington, examen histologique

par MM. les docteurs

P. Kéraval, Médecin directeur de l'asile d'Armentières

et

G. Raviart, Préparateur, chargé des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de Lille.

L'observation suivante a pour caractère d'être complète au point de vue clinique et d'être appuyée par une étude histologique détaillée. Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Curtis des conseils qu'il nous a donnés pour mener à bien l'examen microscopique que l'on va lire et qui a été pratiqué dans son laboratoire. Il ne nous paraît pas nécessaire de faire une revue critique des faits de cette nature déjà publiés, l'intérêt de l'observation résidant principalement dans les altérations anatomo-pathologiques qui ont été constatées. Peut-être publierons-nous plus tard un mémoire synthétique et analytique sur l'ensemble des chorées de ce genre, confirmé par des recherches ultérieures de clinique et d'anatomie pathologique. L'important nous paraît être, pour le moment, de livrer ce fait à la publicité.

OBSERVATION CLINIQUE. — Brout... (Lucien-Henri), né le 20 octobre 1856, célibataire, entre à l'asile d'Armentières, le 1er septembre 1899, il est atteint de démence, et présente les signes classiques de la chorée chronique de Huntington. Nous recueillons sur ses antécédents héréditaires et personnels les renseignements suivants dont l'intérêt est très-grand comme on va le voir. Le *grand-père* paternel était grand buveur, il est mort des suites d'une affection cardiaque.

Le *père* de notre malade fut bien portant durant sa jeunesse, il n'eut pas de rhumatismes : il était sobre, mais fumait beaucoup. Il est soldat en France, revient chez lui à vingt-cinq ans, et deux ans après, les premiers phénomènes choréiques apparaissent. En cinq ans, ils avaient fait de tels progrès que le malade était hors d'état de travailler. D'abord cantonnés aux bras, les mouvements choréiques se montrèrent aux jambes, puis à la tête. La marche était impossible cinq ans après le début et il dut entrer à l'hôpital d'Hazebrouck, il y mourut cinq ans après y être entré ; il était resté au lit tout ce temps.

C'était un homme vif, à caractère bizarre ; il s'emportait facilement et pour un rien battait femme et enfants. Mais un état mental ne commença à se constituer qu'après son entrée à l'hospice ; après trois à quatre ans il était en démence. Il avait deux sœurs et un frère plus âgés que lui, ils ne présentèrent jamais aucun trouble. Sa mère avait quarante-huit ans quand elle le mit au monde. Marié à dix-huit ans, il eut deux enfants : notre malade, et, quatre ans après, un autre garçon.

Le frère de notre malade, fort bien portant étant jeune, était garçon boulanger à treize ans; c'était un très solide gaillard à cette époque. Mais il fit de nombreux excès tant alcooliques que vénériens. Après un refroidissement, il contracte une bronchite et, depuis, tousse constamment. Pas de rhumatismes. Il est soldat, va trente mois en Afrique dans la province d'Oran ; il n'y constracte point de fièvres. Il y but beaucoup d'absinthe. Pas de maladie vénérienne. A trente-huit ans, se montrèrent les premiers mouvements choréiques, ils apparurent en hiver, et atteignirent la jambe puis le bras gauche, et ce n'est qu'après deux années que la face fut prise à son tour. Dans la moitié gauche du corps les mouvements sont constants, ils le sont moins dans les membres droits. Les temps humides exerceraient sur ces mouvements très nettement choréiques, une réelle influence. La volonté est impuissante à arrêter ces mouvements qui persistent même pendant le sommeil (comme chez son père et chez son frère). L'évolution est lente mais progressive ; la marche devient très difficile. La *force musculaire* n'est nulle part amoindrie ; il n'y a pas d'*amaigrissement*. Le *réflexe* rotulien est exagéré. Il n'y a pas de réflexe plantaire, pas de trépitation épileptoïde. Les pupilles dilatées réagissent bien, il n'y a pas de nystagmus, les yeux sont constamment en mouvement. La *sensibilité* est intacte dans tous ses modes. Ce malade a toujours eu un caractère très vif, avec cela légèrement craintif; il a peur de l'orage par exemple. Il n'a pas de mémoire: à l'école, sitôt appris, sitôt oublié, nous dit-il.

Vient maintenant Brout... Bien portant étant jeune, malheureusement excès alcooliques et vénériens. Passait fréquemment la nuit et fatiguait énormément. La chorée débuta à vingt-quatre ans, elle évolua rapidement. Les pieds et les bras sont d'abord pris, et quatre ans après le début la tête est également le siège des mouvements. Non modifiés par la volonté, ces mouvements choréiques existaient pendant la nuit,

(1) Soc. de chirurg. Mai 1900.

et, durant son sommeil, notre malade donnait des coups de pieds et gesticulait. Ajoutons que les membres gauches furent toujours les plus atteints. Depuis quelques années, le malade rêvait beaucoup et tout haut

Au moment où nous vîmes Brout... pour la première fois, les accidents remontaient donc à dix-neuf ans. Voici l'observation telle qu'elle fut prise par M. Boutrois, interne de l'asile.

Brout... (Lucien-Henri), quarante-trois ans, célibataire, est entré le 1er septembre 1899 dans un état de misère physiologique très avancée. La maigreur est extrême, la force physique presque nulle. La station debout est presque impossible, les jambes paraissent être le siège d'un certain degré de parésie et nous sommes obligés de faire coucher le malade dès son arrivée.

L'examen physique dénote chez lui de nombreux signes de dégénérescence. Asymétrie faciale marquée. Front bas, voûte du palais ogivale. Le crâne, très étroit à la région frontale, va s'élargissant vers les bosses pariétales pour se rétrécir ensuite et se terminer en pointe derrière le vertex, formant ainsi une variété d'acrocéphalie assez remarquable. Les oreilles sont larges, les replis presque effacés, les lobules adhérents. Très velu ; le thorax, et le ventre surtout, sont couverts d'une toison brune fort épaisse et longue. Les sourcils sont extrêmement fournis. La taille est moyenne. Les ongles des mains sont larges, cannelés dans le sens de la longueur et très friables. Ceux des orteils sont également le siège de troubles trophiques. Tous sont épaissis en massue, hypertrophiés, formant de véritables excroissances. Ceux du gros orteil notamment sont enroulés sur eux-mêmes, se rabattant par leur extrémité libre vers la matrice. Les organes génitaux paraissent normaux.

On ne relève pas chez ce malade de traces de syphilis ni d'alcoolisme. Mais ce qui frappe surtout chez lui, ce sont les mouvements incessants qui agitent toutes les parties de son être, mouvements incoordonnés, sans aucun rythme, se produisant par secousses brusques et imprévues.

Très faible, comme nous l'avons déjà dit, Brout... ne peut se tenir sur ses jambes sans être soutenu ; l'étude de sa marche est donc impossible. Toutefois, il est à signaler que lorsqu'on le soutient et qu'on le prie de faire un pas, son pied se jette désordonnément en avant de cinq à dix centimètres, la pointe légèrement fléchie vers la jambe, le talon quittant à peine le sol.

Si l'on assied le malade, il s'incline subitement à droite ou à gauche sur le dossier de sa chaise, pour se redresser ensuite, ou bien fléchir le corps en avant. Les jambes et les bras sont continuellement en mouvement, les genoux s'écartent ou se rapprochent tout-à-coup, les pieds quittant le sol en partie tantôt de la pointe, tantôt des talons.

Les membres supérieurs en flexion et rapprochés du tronc ont des mouvements moins fréquents. Les doigts cependant sont toujours agités. Les épaules tantôt se baissent, tantôt s'élèvent et cela ensemble ou isolément.

La tête a des mouvements de rotation, de flexion, d'extension dans tous les sens. Tous les muscles de la face participent également à l'agitation continuelle du reste du corps.

Dans le décubitus dorsal, position où l'examen du malade a été le plus favorable, les membres sont également dans un perpétuel mouvement. La flexion l'emporte en énergie sur l'extension, car le malade n'est jamais en état de révolution complète. Les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, et l'ensemble est agité de secousses qui produisent, ainsi que nous tendons à le faire comprendre, des extensions passagères et jamais complètes. Fréquemment, le malade couché, dresse verticalement le membre inférieur gauche. Les bras sont ramenés vers le thorax et légèrement élevés ; les avant-bras sont fléchis à angle droit sur les bras. Les poignets et les cou-de-pieds ont des mouvements de flexion, d'extension, de supination et de pronation. Toutes les articulations des doigts et des orteils offrent ces mouvements de flexion et d'extension qui semblent des mouvements d'impatience. A noter particulièrement les mouvements des articulations métacarpo et métatarso-phalangiennes qui écartent et rapprochent de façon curieuse les doigts et les orteils. Et tout cela sans aucun rythme, aucune coordination, brusquement, par secousses convulsives.

La même brusquerie se retrouve dans les contractions présentées par les muscles du thorax et de l'abdomen, produisant une sorte de frémissement du corps analogue à celui que produit le chatouillement. L'attitude générale du malade d'ailleurs serait assez justement comparée dans cette position à celle d'un jeune chien couché sur le dos, les pattes en l'air, pour se faire caresser.

Etant donné l'état de déchéance mentale du malade, les mouvements intentionnels qu'on peut lui faire exécuter sont peu nombreux, par suite de la difficulté ou l'on se trouve d'attirer son attention. Cependant, lorsqu'on lui demande la main, il arrive à la donner sans trop d'hésitations, probablement parce que cet acte est assez court, car il lui est impossible de s'habiller et de manger seul ; si d'autre part on le prie de porter la main à une épaule après l'avoir portée sur l'autre, la dernière partie de l'ordre ne s'exécute qu'avec beaucoup plus de lenteur et d'hésitations que la première.

Pas de troubles notables de la sensibilité, bien qu'elle soit un peu retardée. Légère inégalité pupillaire.

Réflexes : Réflexe rotulien exagéré surtout à gauche. Pas de réflexe plantaire. Pas de trépidation épileptoïde ; réflexes oculaires conservés.

La respiration, le plus souvent normale, présente par instants des troubles dans le rythme, ces troubles sont manifestement causés par des spasmes de diaphragme qui concurremment convulsent l'abdomen. Pas de fièvre.

La digestion se fait bien ; mais la mastication est difficile et la déglutition des matières solides est pénible.

Rien de particulier du côté du cœur. Pas d'athérome. L'examen sthétoscopique de l'appareil respi-

ratoire dénote des lésions de tuberculose pulmonaire avancée, surtout à gauche, où la matité est intense, le murmure vésiculaire complètement disparu, où l'on trouve des craquements à la base et du gargouillement au sommet. — A droite, au sommet, quelques craquements.

Etat mental. — Réaction pour les événements du monde extérieur considérablement diminuée. Attention fugitive. La volonté semble fort amoindrie. La mémoire est complètement troublée. Brout... parle parfois seul, comme sous le coup d'hallucinations, mais de façon à peu près incompréhensible, étant donnés les spasmes qui secouent aussi les muscles du larynx. Aux questions qu'on lui pose il répond, autant qu'on peut l'entendre, de façon incohérente.

Depuis le 30 août 1896 qu'il était pensionnaire à l'hôpital civil d'Armentières, Brout... n'avait jamais paru jouir de la plénitude de ses facultés. Cependant, il était calme, bien qu'ayant le caractère assez morose et taciturne. Progressivement, son état moral devint plus inquiétant, il s'aigrit, devint susceptible, hargneux. Il y a quelques semaines, des troubles intellectuels plus graves se manifestent chez lui et nécessitent son admission à l'asile d'aliénés : devenu subitement impulsif, brutal envers ceux qui l'approchent, il se livre à des actes incohérents, s'esquive le soir au moment du coucher, et la nuit, très agité, pousse de grands cris, empêchant ses camarades de salle de dormir.

A son arrivée à l'Asile, il semble que cet état d'agitation soit pourtant un peu calmé, mais Brout... paraît être en plein état de démence.

16 *septembre* 1899. — Le malade ne peut absorder aucun aliment solide : on le nourrit avec du lait qu'on lui fait boire au petit pot.

L'agitation présentée à l'arrivée a disparu ; il est calme sur son lit, d'où il ne bouge pas, et ne parle que fort peu.

25. - Le malade gâte. On l'envoie au quartier spécial Leuret. Toujours le même état mental de démence, mais aussi de calme. La première quinzaine d'octobre se passe assez bien ; rien ne vient ajouter une note nouvelle à l'état mental et physique de Brout... Cependant le 18 octobre, une eschare sacrée se produit. Elle augmente rapidement les jours suivants, et le 24 octobre elle atteint les dimensions de la paume de la main. Le lendemain 25 octobre, autre eschare à l'angle supéro-interne de l'omoplate. La lèvre inférieure est, vers la commissure gauche, le siège d'une lésion trophique se présentant sous l'apparence d'une lame kératinisée recouvrant le derme rouge, infiltré de sérosité.

Les mouvements choréiques perdent leur énergie, ils sont moins fréquents, moins étendus. Par contre l'agitation intellectuelle s'accroît : le malade crie surtout la nuit, lance des injures de sa voix contorsionnée, semble s'emporter contre des êtres invisibles, et oppose une résistance aussi brutale que le permet son misérable état physique aux infirmiers qui le soignent et le changent. L'amaigrissement s'accentue.

Les jours suivants, les eschares grandissent. Le 30 octobre une violente diarrhée se déclare: une nouvelle eschare commence à la partie postérieure de la jambe, au niveau du condyle interne du fémur.

Le malade tombe dans le marasme ; les accidents choréiques deviennent de moins en moins sensibles.

Le 3 novembre, à 10 heures 15 du matin, le malade meurt, les membres en résolution.

Autopsie. — Examen histologique. — L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort. La boîte crânienne est ouverte, la dure-mère incisée et réclinée; on constate alors que l'espace sous-arachnoïdien est le siège d'un œdème d'aspect mousseux blanchâtre, qui présente une analogie frappante avec de la salive blanche aérée ; il est particulièrement abondant au niveau des circonvolutions ascendantes. Le système veineux pie-mérien est très congestionné. Granulations méningiennes nombreuses. L'écorce a un aspect normal, toutefois les sillons frontaux semblent plus accentués à droite qu'à gauche. L'encéphale est extrait et des fragments prélevés dans chacune de ses parties sont fixés en vue de l'examen microscopique. La moelle et les nerfs périphériques ont également fixés. Notons qu'un examen macrospique attentif n'a rien pu faire découvrir d'anormal.

Ecorce cérébrale. — Méthode de Nissl. — Circonvolution frontale ascendante droite : le nombre des cellules pyramidales paraît sensiblement réduit et les éléments qui subsistent sont loin d'être absolument sains. Les cellules nerveuses qui semblent le moins altérées, ont leur protoplasme encore intact, mais la coloration bleue y est déjà presque uniformément répartie, toutefois on y distingue encore de fines granulations, et la teinte bleue, très marquée dans la région basale de la cellule, est presque insignifiante au niveau de son extrémité effilée. Quant au noyau, situé à peu près exactement au centre des cellules, sa coloration est d'un bleu pâle, on distingue en son centre un nucléole fortement teinté. Mais dans bon nombre de cellules l'aspect est différent, et on trouve autour du noyau coloré en bleu, une zone blanchâtre circulaire limitée en dehors par le protoplasme cellulaire coloré ; les dimensions de cette auréole blanche périnucléaire sont plus ou moins considérables, si bien que dans certaines cellules la substance chromatique se réduit à une bande plus ou moins étroite bordant la périphérie de la cellule. Dans d'autres cellules, au contraire, c'est immédiatement autour du noyau que se trouve la substance chromatique, le reste de la cellule étant grisâtre, presqu'incolore.

A côté de ces cellules qui semblent déjà malades, nous en voyons un assez grand nombre en voie de désintégration ; le noyau gonflé occupe une grande partie du corps cellulaire et on voit son nucléole accolé contre la membrane d'enveloppe ; quant au protoplasme cellulaire nous pouvons en saisir tous les degrés d'altération, d'abord grisâtre, finement granuleux, nous le voyons disparaître autour du noyau, et former alors à ce dernier une véritable couronne qui devient poussiéreuse et finit par disparaître ; le noyau, profondément altéré, se trouve en quelque sorte être mis en liberté. En examinant attentivement les préparations on retrouve en grand nombre de ces noyaux tranchant par leur pâleur sur les autres éléments, ils

ont un nucléole périphérique et pour la plupart entourés de quelques débris poussiéreux, derniers vestiges de protoplasme désagrégé. Leur nombre est très grand et il nous représente le nombre des cellules pyramidales détruites.

Nous constatons enfin dans toute l'étendue de nos préparations, une très grande abondance de petites cellules rondes, ou pour mieux dire de petits noyaux assez régulièrement arrondis bien colorés en bleu et pourvus d'un petit nucléole. Isolées en certains endroits ces petites cellules forment le plus souvent des agglomérations composées de cinq et même six éléments tassés les uns contre les autres Autour des vaisseaux et des capillaires les plus fins, nous les voyons formant un véritable manchon au conduit vasculaire, elles forment en certains points des alignements parallèles et faiblement distants de la paroi du capillaire. Enfin, ces cellules affectent avec les cellules nerveuses de l'écorce des rapports qui présentent pour nous le plus grand intérêt, elles entourent en certains points le corps cellulaire presque en entier; les espaces péricellulaires en contiennent deux, trois et peuvent même en contenir jusqu'à six. Si on songe que ce nombre ne répond qu'à une simple coupe on peut se figurer combien peuvent être nombreuses les petites cellules rondes autour d'une seule cellule pyramidale. « Les cellules nerveuses à peu près normales, sont aussi bien entourées de petites cellules que les éléments nerveux altérés, ces derniers peuvent même sur certaines coupes n'en pas être environnés. Au contraire on peut en certains points voir les éléments altérés presque complètement pénétrés par les petites cellules ces dernières entourant le noyau altéré de la cellule nerveuse et semblant achever d'en détruire la masse protoplasmique.

[L'examen de coupes colorées par l'hématoxyline de Delafield et le mélange de Van Giesen, nous permet mieux que la méthode de Nissl de nous rendre compte des rapports des petites cellules avec les cellules nerveuses et leur loge. On constate alors que les petits éléments ronds sont bien dans les loges et on les voit en certains points refouler légèrement les corps cellulaires]. Dans la substance blanche le développement de ces petites cellules est également très grand et nous les voyons également en grand nombre appliquées le long des parois vasculaires.

Ce que nous venons de décrire pour la circonvolution frontale ascendante droite, pourrait être répété pour la plupart des régions de l'écorce. Nous avons pu, en effet, sur un très grand nombre de coupes, retrouver les mêmes altérations, mais c'est dans les circonvolutions de l'hémisphère droit et particulièrement dans leszones psycho-motrices de ces dernières, que nous les avons rencontrées en plus grand nombre

Nous ne nous sommes point borné à l'examen des cellules de l'écorce cérébrale et nous avons pratiqué les méthodes de Weigert et de Marchi.

La coloration de la névrologie par la méthode de Weigert ne nous a rien montré d'intéressant, il ne nous a point paru que les fibres de névrologie fussent augmentées en nombre. Sur des coupes de l'écorce (frontale ascendante droite) colorées par l'hématoxyline de Weigert, on constate que le nombre des fibrilles corticales tangentielles est très diminué, il n'en existe plus par places, et celles qui restent présentent pour la plupart un aspect moniliforme très accusé. Dans les régions profondes de l'écorce, l'aspect est le même et à côté de fibres saines, nous en trouvons qui présentent de nombreux renflements incolores sur leur trajet ou qui, également renflées sur toute leur longueur, sont restées réfractaires à la matière colorante.

La méthode de Marchi ne nous a point révélé d'altérations bien nettes, tout au plus rencontre-t-on par ci par là quelques fibres à myéline gonflées et fragmentées, ayant conservé l'acide osmique.

Moelle épinière. — La méthode de Nissl a été appliquée ici sur des coupes de différentes régions : les grandes cellules des cornes antérieures sont à peu près normales, on ne rencontre pas autour d'elles de petites cellules rondes ; ces dernières, en revanche, existent en grand nombre autour de cellules nerveuses plus petites avec lesquelles elles affectent les mêmes rapports que ceux décrits plus haut à propos de l'écorce cérébrale. Notons en outre que les cellules nerveuses de la colonne de Clarke nous ont semblé plus particulièrement atteintes, un certain nombre d'entre elles présentent les différents aspects de la désintégration cellulaire.

La coloration de la myéline par l'hématoxyline de Weigert nous a montré disséminées irrégulièrement sur toute la surface de section de la moelle un certain nombre de fibres gonflées réfractaires à la coloration. La méthode de Marchi a coloré en noir un certain nombre de fibres irrégulièrement situées. En somme pas de dégénérescence présentant l'apparence d'*une systématisation*

Les *nerfs périphériques*, traités également par la méthode de Marchi, ne présentent pas d'altération bien nette ; la myéline a bien par places retenu l'acide osmique, mais en aucun point nous ne trouvons la fragmentation ni la formation de boules caractéristiques.

De quelle nature sont les petites cellules rondes, rencontrées dans l'écorce cérébrale? Quel serait leur rôle ?

Elles apparaissent presque comme des noyaux libres, avons-nous dit, leur protoplasme est en effet réduit à très peu de chose. Le noyau arrondi contient un réseau de chromatine bien marqué ; jamais on ne trouve d'élément qui présente le noyau en bissac des leucocytes polynucléaires. Si ces petites cellules étaient des leucocytes, il faudrait admettre que ce sont des leucocytes mononucléaires ou lymphocites ; or, les leucocytes de cette variété sont peu abondants et ce sont justement les seuls qui n'émigrent pas ; d'ailleurs les vaisseaux sanguins,qui sont ici en partie vides, ne présentent aucune trace de diapédèse.

D'autre part, elles présentent les caractères des cellules névrogliques. Sur des préparations colorées par la méthode de Rosin les noyaux se colorent en vert comme ceux des cellules névrogliques et l'on peut constater à l'aide d'un fort grossissement qu'au-

tour de quelques noyaux existe un petit liseré de protoplasme qui forme non pas un bord net mais un bord déchiqueté comme si de petits restes de fibrilles rompues étaient restés adhérents au protoplasme cellulaire.

Tout ce que nous pouvons avancer, c'est que ce sont des éléments d'origine ectodermique en voie de multiplication. S'agit-il d'éléments névrogliques embryonnaires, ou bien sont-ce là des éléments de réserve qui à un moment donné se réveillent et prolifèrent ? le problème nous paraît difficile à résoudre. Quel est d'autre part le rôle joué par ces éléments ? Est-ce que ces nombreuses petites cellules que nous rencontrons autour de quelques cadavres cellulaires jouissent du pouvoir de phagocyter ces derniers ? Que font alors celles que nous rencontrons autour des cellules pyramidales d'apparence saine ?

N'est-il pas logique de se demander enfin si la présence de ces éléments pathologiques dans les loges des cellules pyramidales de la région motrice, n'est pas pour ces cellules une cause d'irritation, et si les petits amas de mêmes éléments interposés entre les fibres de l'écorce et entre celles de la substance blanche ne sont pas également pour ces conducteurs une cause de perpétuelle excitation que traduirait le mouvement choréique ?

En résumé : Altération des cellules pyramidales et des petites cellules de l'écorce cérébrale allant de la raréfaction protoplasmique périnucléaire jusqu'à la désintégration presque complète des corps cellulaires. Infiltration interstacielle et péricellulaire de petites cellules rondes à gros noyau à protoplasme souvent imperceptible, dans tout le cortex et principalement au niveau des circonvolutions ascendantes droites. Ces petites cellules rondes déjà signalées par Greppin, par Lannois et Paviot et par Rispal nous semblent bien de nature névroglique. Ces altérations cellulaires et l'infiltration de cellules névrogliques existent également dans la moelle et notamment dans la colonne de Clarke. Pas de dégénérescence médullaire régulièrement distribuée ; nerfs périphériques à peu près intacts.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie des sciences. — M. Delezenne. Le mode d'action des sérums antileucocytaires sur la coagulation du sang est le même que celui des peptones.

Académie de médecine. — M. Mayet estime à près d'un demi-million le nombre des goîtreux qui existent en France.

Société de Chirurgie. — M. Poulson a observé un cas d'infection rénale paraissant tuberculeuse et qui, en réalité, était due au colibacille.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Letulle. Les tuberculeux hospitalisés soumis à la suralimentation engraissent rapidement, mais au bout d'un certain temps ils perdent ce qu'ils ont gagné. Il faudrait pouvoir alors les envoyer à la campagne.

Variétés & Anecdotes

Hibernation des Paysans en Russie

On sait que les marmottes prennent en hiver le bon parti de dormir, comme fait la terre elle-même. Les ours en font autant, et se réveillent de loin en loin pour se nourrir de leurs pouces qu'ils sucent. D'autres animaux s'endorment aussi aux premiers froids. Enfin, cette coutume est générale chez les paysans russes du gouvernement de Pskov. Dans ce pays règne une éternelle famine. Les paysans, ne pouvant vivre toute l'année, en sacrifient la moitié. Depuis un temps immémorial, aux premières neiges, toute la famille se réunit autour du poêle, s'allonge, cesse de penser et dort. Tout le monde se réveille une fois par jour, pour manger un morceau de pain dur dont on a, par précaution fait cuire à l'automne une provision capable de durer six mois. On boit une gorgée d'eau et on se rendort. Chacun reste éveillé un jour à son tour, et fait le quart auprès du feu qu'il empêche de s'éteindre. Au bout de six mois d'un régime si économique, la famille se secoue, va voir si l'herbe pousse, et vaque aux travaux de l'été. Alors la campagne s'éveille et s'anime jusqu'à l'hiver suivant, où elle redevient blanche, immobile et sans autre bruit que celui des ronflements. Ces hommes ne vivent que la moitié de leur vie, et trouvent que c'est assez. Ils nomment ce sommeil hivernal la *lotska*. (*Journal des Débats*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Timbre, Certificats de Médecins, Militaires

Les médecins, auxquels on vient demander des certificats en vue du service militaire, sont souvent embarrassés par le point de savoir s'ils doivent ou non rédiger ces certificats sur papier timbré. Aussi croyons-nous opportun de signaler à leur attention une solution de l'Administration de l'Enregistrement, en date du 10 septembre 1898, qui vient d'être publiée dans le *Répertoire périodique de l'Enregistrement*, numéro de mai 1900, article 9.774.

Elle distingue quatre catégories de certificats:

1° Certificat délivré à un militaire par un médecin militaire ou par un médecin civil, en cas de maladie grave rendant tout déplacement impossible ;

2° Certificat de maladie délivré à un militaire pour obtenir une saison aux eaux thermales.

Sans conteste, ces deux certificats rentrent dans la catégorie des « engagements, enrôlements, congés, *certificats*, cartouches... et autres pièces ou écritures concernant les *gens de guerre* », expressément exemptés du timbre par l'article 16 de la loi du 13 brumaire an VII ;

3° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la révision.

Sans conteste, ce certificat est assujetti au timbre, par le motif que la personne à laquelle il est délivré ne fait pas encore partie de l'armée des *gens de guerre*, et qu'elle ne sera peut-être jamais incorporée ;

4° Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la révision.

Pour ce certificat, il y a lieu à des sous-distinctions.

Ou bien, il s'agit d'un certificat de médecin civil produit par le jeune homme qui se prétend impropre au service. Ou bien il s'agit de certificat délivré par l'autorité compétente après la révision.

Le premier, dont la production ne paraît prescrite par aucun texte, tombe sous l'application du droit commun comme ayant exclusivement en vue l'intérêt privé de l'intéressé ; il est, par suite, assujetti au timbre. Le second n'en sera exempté que s'il limite l'aptitude de l'intéressé aux seuls services auxiliaires, car alors l'intéressé peut être rangé dans les *gens de guerre* ; mais au contraire, il sera soumis au timbre, s'il constate l'inaptitude complète de l'intéressé à tout service militaire.

Remarque générale : pour justifier leur rédaction sur papier non timbré, les divers certificats médicaux exempts de timbre doivent faire mention de leur destination, alors tout au moins que cette destination ne résulte pas clairement de leur libellé.

On trouvera, soit dans le traité sur la *Responsabilité médicale* du docteur BROUARDEL, page 292, soit dans le *Code pratique des honoraires médicaux* du docteur FLOQUET, page 301, une liste des certificats médicaux qui doivent être délivrés sur papier timbré, liste que ces auteurs ont, du reste, raison de présenter comme incomplète.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Bibliothèque de l'Université de Lyon.— En vertu d'un jugement rendu par le Conseil de l'Université de Lyon le 31 Mai 1900, M. X..., étudiant à l'Université de Lyon, convaincu d'avoir détourné et mutilé un volume appartenant à la bibliothèque universitaire, est exclu à toujours de toutes les Facultés de l'Université.

M. X... est contraint, en outre, de réparer le dommage causé à la bibliothèque universitaire par la mutilation du volume détourné, en faisant réimprimer à ses frais les feuillets qu'il a détruits.

Le programme des Fêtes qui seront offertes à MM. les Membres du XIIIe congrès international de médecine, nous est communiqué par le comité exécutif. Le voici dans toute sa splendeur.

2 Août, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte le soir par M. le Président du Conseil au nom du Gouvernement de la République.

3 Août, fête, le soir sur invitation, offerte par M. le Président du Congrès.

5 Août, réception des Membres du Congrès, le soir, par M. le Président de la République au Palais de l'Elysée.

8 Août, fête, le soir, dans le Palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte aux Membres du Congrès par le Bureau et les Comités d'Organisation du Congrès.

Une fête sera demandée au Conseil Municipal de Paris.

En outre des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des Sections.

Pour toutes ces fêtes seront invitées les femmes, filles et sœurs de MM. les Membres du Congrès.

Un comité des Dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les Membres du Congrès.

La Commission d'organisation a l'honneur d'informer les adhérents au **Congrès International d'Electrologie et de Radiologie Médicales**, qu'il leur est accordé une réduction de 50 °/o sur les réseaux français suivants : Ouest, Nord, Est, Paris-Lyon-Méditerranée, Orléans et Etat, et une réduction variant, suivant le trajet parcouru, de 30 à 50 °/o sur tout le réseau italien.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Congrès des Sociétés savantes**, qui se tint à Toulouse en 1899, et vient de terminer ses travaux à Paris, a décidé de tenir sa prochaine réunion à Lille, durant les congés de Pâques, en 1901.

SOUTENANCES DE THÈSES

Le vendredi 8 juin, M. G.-R. HÈZE, interne des hôpitaux, de La Madeleine (Nord), a soutenu avec succès sa thèse de doctorat (6me série, n° 4), intitulée : **Contribution à l'étude de la diazoréaction d'Ehrlich.**

— Le vendredi 15 juin, M. P.-G. LAMOTE, interne des hôpitaux, de La Mure (Isère), a soutenu avec succès sa thèse de doctorat (6me série, n° 5), intitutée : **de la péritonite traumatique (généralisée et localisée), sans rupture viscérale.**

Nous relevons parmi les nominations dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale, qui intéressent notre région, les noms de MM. les docteurs CATRIN, de Valenciennes, au grade de médecin-major de 1re classe ; COOREVITS, de Lille ; SUTTER, de Glageon ; DEBUCHY, de Roubaix ; HAUTEFEUILLE, de Gravelines ; BRONGNIART, de Bois-Colombes ; THÉRET, de Tincques (Pas-de-Calais) ; BÉCUE, de Cassel ; DESBONNETS, de Roubaix ; BEAUGRAND, de Lille, au grade de médecin aide-major de 2e classe.

HOPITAUX

Marseille. — M. le docteur Sepet est nommé, après concours, médecin-adjoint des hôpitaux.

Distinctions honorifiques

Sont nommés à l'occasion du **Congrès des Sociétés Savantes** :

Officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Garrigou, de la Société géologique de France; Gillot, d'Autun.

Officier d'Académie : M. le docteur Marty, médecin-major de 1re classe au Val-de-Grâce.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Brocard, de Momeny (Meurthe-et-Moselle) ; Gruget, chirurgien des hôpitaux de Nantes; Cadet de Gassicourt, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine de Paris ; Gibier, directeur de l'Institut Pasteur de New-York ; Daviller, de Plombières (Haute-Saône).

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Le IVe fascicule de cette publication, intéressante pour les candidats à l'externat vient de paraître, avec le même caractère d'utilité, dans les mêmes conditions de bonne et excellente rédaction.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

Quelques points d'étiologie et de thérapeutique de la lithiase biliaire, par le docteur Bouloumié de Nittel, O. Doin, *Paris*, 1899.

— **La Science et le Mariage**, par le docteur Cazalis, O. Dion, *Paris*, 1900.

— **Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Toulouse**, par le professeur Jeannel, 1er fascicule, *Paris*, Institut de bibliographie scientifique.

— **Des divers procédés d'occlusion du tube digestif, étude historique et critique,** par les docteurs Terrier et Baudouin, extrait de la *Revue de chirurgie*, 1899.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

23me semaine, du 3 au 9 Juin 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	6
3 mois à un an	4	6
1 an à 2 ans	»	4
2 à 5 ans	»	1
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	8	8
40 à 60 ans	9	5
60 à 80 ans	13	6
80 ans et au-dessus	»	3
Total	43	40

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des décès	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	4	8	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	4	9	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	4	9	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	2	»	»	»	1	»	8	15	14
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	5	6	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	5	12	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	2	6	7
Total	»	1	»	»	»	»	»	6	6	4	9	»	»	11	2	1	1	2	»	40	83	126

N° 180. Quatrième Année. N° 25. Le Numéro : **10** cent'mes. 24 Juin 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Cours de Pathologie interne et expérimentale

LEÇON D'OUVERTURE (1)

Par M. le Professeur **H. Surmont.**

MESSIEURS,

Mon premier sentiment, en prenant possession de cette chaire, est d'adresser à M. le Recteur, à M. le Doyen et à mes Collègues de la Faculté l'expression de ma reconnaissance pour l'honneur qu'ils me font en venant assister à cette première leçon, pour l'honneur plus grand encore qu'ils m'ont fait en appuyant à l'unanimité de leurs vœux mon passage de la chaire d'hygiène à celle de pathologie interne et expérimentale. Je suis plus particulièrement heureux d'adresser l'expression publique de ma reconnaissance à ceux de vos maîtres qui ont aussi été les miens, et n'ont jamais cessé de m'honorer de leur confiance et de leur amitié, depuis le moment où, assis à votre place j'ai commencé à profiter de leur savant enseignement et à participer à leurs travaux.

J'adresse aussi un hommage respectueux à la mémoire de deux de mes maîtres, disparus prématurément, dont j'ai eu l'honneur d'être successivement l'interne et de qui je garde un précieux et reconnaissant souvenir, je veux dire de MM. les professeurs HALLEZ et WANNEBROUCQ. Différents d'aspect physique et de tournure d'esprit, mais se complétant pour ainsi dire l'un l'autre, ces deux maîtres appartenaient à la grande race des médecins observateurs qu'on peut appeler les cliniciens purs, race que les progrès de la médecine expérimentale tendent à faire disparaître, mais qui avait de grandes et solides qualités, et dont la persévérante observation a recueilli une grande partie des matériaux sur lesquels est édifiée la science pathologiqne contemporaine.

Vous savez, Messieurs, qu'une loi générale bien connue dans l'industrie veut que, plus un ouvrier est spécialisé, plus il tire de profit de l'outillage qui lui est confié, et qu'il connaît d'autant mieux les outils qu'il manie que ceux-ci sont moins nombreux, d'où la grande pratique de la division du travail. La même loi existe au point de vue intellectuel; l'on peut dire aussi que l'habitude d'un travail cérébral permet de le porter à un plus haut degré de perfection. Or les médecins de l'époque à laquelle je fais allusion n'avaient guère qu'une méthode de travail, l'observation, et que des outils peu nombreux et peu

(1) 13 juin 1900.

compliqués, ceux que met à notre disposition la grosse investigation clinique, c'est-à-dire l'inspection, la percussion, l'auscultation, la thermométrie, la prise des tracés, etc... Aussi était-il merveilleux de voir à quel degré d'acuité était montée leur faculté d'observation et avec quelle habileté ils se servaient des moyens d'investigation rélativement restreints qu'ils avaient à leur disposition. Pour ma part, je compte parmi les années les meilleures et les plus fructueuses de mes études celles ou j'ai pu, sous l'impulsion directe des maîtres dont je vous rappelle en ce moment le souvenir, m'initier moi-même à la technique clinique et à l'observation médicale.

Dans une besogne intellectuelle, le facteur individuel a toujours une grande importance et chacun aborde et comprend à sa façon le problème qu'il a à résoudre. Rien n'était plus curieux et plus instructif à cet égard que la façon différente dont procédaient Hallez et Wannebroucq à l'examen de leurs malades et à leur enseignement.

Hallez, après un interrogatoire sommaire et un regard rapide jeté sur son malade, allait droit à l'organe qu'il soupçonnait malade, comme s'il avait hâte d'y trouver la confirmation du diagnostic suggéré par le premier examen. Lent, méthodique, précis, procédant appareil par appareil, organe par organe, Wannebroucq arrivait plus lentement à la solution du problème, et sa façon de procéder, incontestablement plus scientifique, inspirait par son calme même et sa méthode une assurance complète à l'élève et au malade. Et cependant, malgré cette apparence différente, tous deux étaient des maîtres incontestés et d'une sûreté de diagnostic égale. C'est qu'ils étaient l'un et l'autre d'un naturel différent. La main tendue, la figure illuminée d'un large sourire, l'aspect robuste et jovial, avec son teint coloré et ses cheveux d'un blond ardent, Hallez descendait en droite ligne de ces bons bourgeois dont les maîtres Flamands ont peuplé leurs tableaux, dont le bon sens devait égaler la robustesse, dont la jovialité n'excluait pas l'énergie, et dont l'esprit d'indépendance a soufflé en Europe les premiers vents de liberté. Grand, maigre, d'une correction aristocratique, se livrant difficilement, la lèvre dédaigneuse, Wannebroucq affectait volontiers une ironie froide et un scepticisme désabusé qui donnaient par instants à sa parole une tournure amère et éloignaient tout d'abord la sympathie. Et pourtant l'un et l'autre étaient également recherchés de leurs clients et aimés d'eux, tant l'un et l'autre joignaient à ces aspects si différents une égale science et un égal dévouement professionnels.

C'est dans le service de M. le Professeur Wannebroucq que je fis pour la première fois la rencontre de mon prédécesseur dans cette chaire, le professeur Leroy, alors agrégé à la Faculté. D'allures un peu sauvages, mais poussé par un amour du travail qui a été toujours sa passion dominante, Leroy avait l'habitude de venir recueillir parmi les pièces d'autopsie abandonnées par le chef de service ce qu'il jugeait intéressant pour ses cours. Ma situation d'interne me permettait de lui être utile parfois. Dès ce moment on remarquait chez lui cette ardeur extrême au travail et cet esprit de tenacité persévérante dont il a donné des preuves dans toute sa carrière en s'élevant de la situation modeste d'officier de santé au rang envié de professeur de la Faculté. Ses goûts spéciaux le portaient plus particulièrement vers l'anatomie pathologique ; c'est à cette branche de la médecine qu'appartiennent ceux de ses travaux qui portent le plus la marque de sa personnalité, et qui ont trait à la *pathogénie des dilatations bronchiques* et à la *tuberculose du larynx*.

Messieurs, la coutume veut qu'en prenant possession de sa chaire, un professeur nouvellement nommé expose devant son futur auditoire ses idées personnelles sur la partie de la science qu'il est chargé d'enseigner et lui donne un aperçu général de l'état des connaissances, au moment même où il assume la responsabilité de les mettre au point et de les vulgariser. Or, Messieurs, outre que les discours académiques ne sont pas de mon goût, il me semble qu'un aperçu général de l'état de la pathologie interne à notre époque est bien difficile à faire, peu utile, et risque de se confiner dans des vues générales qui perdent en profondeur ce qu'elles gagnent en étendue qui ne sont qu'un habit artificiel et brillant destiné à couvrir les nudités de la pensée, habit brillant aujourd'hui et fané demain, comme un décor élevé à la hâte par un tapissier en un jour de fête laisse voir, dès le lendemain, les matériaux d'occasion de la charpente, à travers les déchirures de l'étoffe qui les dissimulait la veille.

Il nous sera bien plus profitable, je pense, d'examiner ensemble les raisons des progrès généraux réalisés dans ces dernières années, et une causerie sur

quelques-unes des idées qui me sont familières sur la médecine sera, je pense, la meilleure façon pour nous de lier connaissance.

La pathologie tout entière, Messieurs, vous le savez, a subi dans ce siècle une transformation aussi profonde que féconde et elle est en train de prendre rang parmi les branches non seulement les plus fouillées mais encore les plus approfondies et les mieux connues des sciences naturelles.

La pathologie interne a largement profité de ces progrès et à ce propos, permettez-moi de protester, une fois pour toutes, contre cette idée erronée répandue par tout le public extra médical et que j'ai entendu parfois, non sans étonnement, soutenir par des médecins eux mêmes, à savoir que la médecine à fait peu de progrès et que la chirurgie en a fait d'énormes.

Tout d'abord la pathologie est une et la distinction entre la médicale et la chirurgicale est purement conventionnelle, en train au reste de s'effacer de la science pour ne plus persister que dans la pratique. Il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à ouvrir les récents traités de médecine et de chirurgie.

Qu'est-ce en effet que la chirurgie sinon un mode spécial de la thérapeutique, analogue, toutes proportions gardées, à l'hydrothérapie, au massage, à l'électrothérapie. Distinguer les maladies en médicales et chirurgicales n'est pas plus logique qu'il ne le serait de les grouper en maladies guérissant par le massage, l'hydrothérapie ou l'électricité. L'illogisme de cette conception éclate encore davantage si l'on prend une maladie en particulier : la pleurésie est-elle une maladie médicale jusqu'à la thoracotomie, chirurgicale ensuite ? La tuberculose du rein est elle du domaine de la médecine jusqu'à la néphrotomie, de celui de la chirurgie dès le lendemain ? en est-il de même du cancer de l'estomac, des tumeurs du cerveau, etc... ?

La pathologie est donc une et la chirurgie n'en est qu'une branche, comme la laryngologie, l'ophtalmologie, la pathologie dite interne elle-même, etc... Ce qui ne veut pas dire que la science chirurgicale n'ait pas sa raison d'exister à part et sa nécessité, et que le développement magnifique qu'elle a pris depuis vingt ans ne soit comme celui des autres spécialités *une des raisons* en même temps qu'*une des conséquences* nécessaires des progrès de la science médicale.

De quoi sont faits les admirables progrès de la chirurgie contemporaine, de deux choses : d'une part du perfectionnement de la technique et de ces merveilles qu'on appelle l'anesthésie chirurgicale, l'antisepsie, l'asepsie, l'hémostase... d'autre part de la possibilité qui en résulte pour le chirurgien de tenter des actes opératoires impossibles autrefois, en particulier ce que l'on peut appeler la chirurgie des organes. Or, cette chirurgie des organes n'est elle pas à l'heure actuelle une grosse partie de la besogne des chirurgiens ? Vous n'avez pour vous convaincre, qu'à vous rappeler ce qui se passe dans les salles des cliniques de la faculté et sont-ce des malades de médecine ou des malades de chirurgie selon la classification traditionnelle qui bénéficient de l'intervention opératoire ? Vous le voyez donc, Messieurs, une bonne partie des progrès attribués par le public à la chirurgie contemporaine se font en réalité sur le domaine traditionnel de la médecine et ces progrès, la logique les réclame pour la médecine.

Enfin, Messieurs, et c'est là une considération qui a bien aussi son importance philosophique au point de vue de la théorie pure, le traitement chirurgical est une nécessité souvent, mais dans beaucoup de cas il n'est pas le traitement idéal rêvé par la médecine. Il ne faut donc pas le considérer comme le but à atteindre, mais comme un moyen d'attente merveilleux et, si nous prenons l'histoire d'une maladie en particulier, nous verrons que dans beaucoup de cas, la phase chirurgicale de la cure est une phase qui doit être transitoire dans l'évolution de la science thérapeutique. Quelques exemples vous feront comprendre ma pensée ; un malade est pris brusquement d'appendicite, vous lui faites enlever son appendice et il est guéri. L'opération restera la méthode de choix, jusqu'au jour où nous aurons trouvé un traitement médical nous permettant d'arriver *aussi sûrement* au même résultat. Cela est-il possible ? assurément, l'exemple de la diphtérie est là pour le montrer. Quand Bretonneau et Trousseau, après avoir étudié le diphtérie, ont montré que la trachéotomie permettait de sauver d'une mort certaine quantité d'enfants atteints du croup, ils ont rendu à la science et à l'humanité un service que l'histoire n'oubliera jamais ; mais cette phase chirurgicale de la thérapeutique du croup a historiquement pris fin le jour ou Behring et Roux, avec une arme plus puissante, ont pu couper le mal dans ses racines et rendre la trachéotomie inutile (1).

(1) Ce que nous disons de la chirurgie peut s'appliquer aussi exactement à un grand nombre d'affections médicales des organes internes. Le sérum antidiphtérique prévient aussi bien les paralysies ou la myocardite que l'obstruction du larynx par les fausses membranes.

Le jour où nous aurons à notre disposition un sérum antigonococcique assez puissant, combien de métrites et de salpingites cesseront de nécessiter un traitement opératoire ?

Je pourrais multiplier les exemples, mais ceux-là suffisent à la thèse que je défends.

Par contre, Messieurs, il est tout un autre groupe d'affections des organes internes pour lesquelles le traitement chirurgical sera toujours le traitement de choix. Ce sont celles qui sont constituées par des lésions secondaires, voire cicatricielles, entraînant à leur suite des troubles fonctionnels graves : je m'explique. Prenons un malade atteint d'ulcère du pylore ; spontanément ou sous l'influence du traitement purement médical, l'ulcère guérit et se cicatrise, mais cette cicatrice se rétracte, et voilà votre sujet avec un rétrécissement progressif du pylore, guéri de son ulcère, mais malade de sa cicatrice, condamné à mourir de faim si la chirurgie n'intervient pas : mais vous appelez à temps le chirurgien et celui-ci, par une intervention appropriée, gastro-entérostomie ou autre, guérit, et cette fois guérit radicalement votre malade. Eh bien, pour cet ordre de faits, que j'appellerai, si vous le voulez bien, l'orthopédie des organes, la chirurgie est appelée à nous rendre de jour en jour plus de services : dans cet ordre d'idées on est véritablement amené à penser qu'elle sera toujours sinon l'unique, au moins la meilleure ressource thérapeutique, parce qu'elle seule remplira bien l'indication causale, preuve nouvelle, s'il en était besoin, de la nécessité de l'union de plus en plus intime de la médecine et de la chirurgie.

Ce n'est pas devant un auditoire de médecins que je voudrais insister davantage, et passer en revue les progrès considérables réalisés par la pathologie en ce siècle et surtout depuis vingt-cinq ans, aussi bien au point de vue de la science pure qu'au point de vue pratique de la diagnostique et de la thérapeutique des différentes affections. Ce progrès d'ensemble indéniable est lié au progrès général des connaissances humaines et particulièrement aux progrès étonnants des sciences dans ces dernières années.

Mais, ce point établi, si on entre dans le détail des faits, on voit que la science pathologique présente encore des lacunes considérables en bien des chapitres et c'est là justement ce qui rend difficile et à mon avis peu utile, l'exposé général de l'état actuel de la science ; en tous cas les travailleurs n'ont pas à craindre de manquer d'ici longtemps de problèmes intéressants à approfondir.

Toutes les parties des sciences biologiques et physico-chimiques *se tiennent* et tout progrès partiel doit forcément retentir d'une manière plus ou moins forte sur l'ensemble de nos connaissances ; pourtant, chose curieuse, ce ne sont pas dans les différentes parties de la médecine les mêmes points qui sont restés dans l'obscurité. Ici, c'est l'étiologie, et là, l'anatomie pathologique ; ailleurs la pathogénie, parfois c'est la notion même de la réalité d'une espèce morbide qui est en discussion, la notion d'espèce étant encore plus difficile à définir exactement en pathologie qu'en histoire naturelle.

En tous cas, nous pouvons dire que pour la plupart des chapitres nous sommes assez avancés à l'heure actuelle pour voir exactement la position des questions, et la limite de ce qui est connu et de ce qui ne l'est pas. N'est-ce pas là un point essentiel pour une science que de connaître bien ses limites et de savoir ainsi où doit porter l'effort de ceux qui veulent étendre son domaine ?

Quelques exemples, Messieurs, vous feront mieux comprendre ma pensée.

Prenons, si vous le voulez, la pathologie du système nerveux. Née tout entière dans ce siècle, elle a atteint à l'heure actuelle un très grand degré de perfectionnement au point de vue de l'étude symptomatique et clinique ; ce progrès s'est lié à des progrès correspondants de la physiologie et de l'anatomie. Sous l'influence géniale des DUCHENNE de Boulogne, des CHARCOT, des ERB, des LEYDEN, des VULPIAN, des BROWN-SÉQUARD etc .., pour ne citer que quelques-uns des plus illustres, la description des différentes maladies organiques ou fonctionnelles du système nerveux a atteint un degré de perfection tel que ces affections, les plus obscures de toutes il y a cinquante ans, peuvent aujourd'hui servir de modèles d'étude, et qu'on peut même se demander aujourd'hui si, sur certains points, l'analyse n'a pas été poussée trop loin et si des types morbides, considérés comme indépendants, ne seraient pas plus à leur place groupés et réunis avec d'autres syndromes voisins, en un certain nombre d'espèces plus compréhensives mais plus naturelles. Et, cependant, si approfondies que soient nos connaissances dans la symptomatologie de la plupart de ces affections, il nous faut bien avouer que l'étude de l'étiologie en reste encore dans une profonde obscurité et que

la thérapeutique en est trop souvent illusoire ou décevante. Espérons que l'anatomie et la physiologie générales du système nerveux qui entrent depuis quelques années dans une voie nouvelle et féconde nous apporteront à leur tour les lumières qui nous manquent.

Le groupe des maladies infectieuses était, il y a quelques années, comme le groupe des maladies nerveuses à l'heure actuelle, connu d'une façon suffisante dans sa symptomatologie et son évolution clinique, complètement inconnu au point de vue étiologique ; les théories les plus diverses avaient cours sur la virulence, la contagion, les miasmes, les virus, etc... Pasteur vient, qui, en étudiant la chimie des fermentations, découvre des procédés d'étude nouveaux, et ces procédés d'étude transportés du domaine de la chimie dans celui de la médecine nous donnent la clef d'un grand nombre de maladies, et s'ils ne nous ont pas encore livré le secret d'un certain nombre d'entre elles, en particulier des fièvres éruptives, ils nous permettent cependant de prévoir qu'à un moment donné, le voile sera levé de ce côté aussi.

Par contre, si nous prenons les maladies du tube digestif, nous pouvons dire qu'à l'heure actuelle, aussi bien du côté de l'estomac que du côté de l'intestin, nos connaissances sont encore confuses non seulement au point de vue pathogénique, mais même au point de vue clinique et étiologique : bien que nous entrevoyions la voie dans laquelle doivent être poussées les recherches, la chimie, malgré ses promesses, ne nous a encore fourni que quelques éléments confus sur les données du problème. Tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique, les réactions et transformations chimiques si nombreuses et si compliquées qui se succèdent dans les différentes parties du canal digestif nous sont encore très peu connues. Cette partie de la médecine est évidemment très en retard sur la pathologie des voies respiratoires par exemple.

Donc, Messieurs, bien que toutes les parties de la pathologie bénéficient des progrès généraux de la médecine et de la science, bien que les progrès de la médecine elle-même soient liés à ceux des autres sciences, les divers chapitres de la pathologie sont à l'heure actuelle très inégalement inexplorés.

A quoi cela tient-il ? Tout bonnement à ce que nous manquons de procédés d'études appropriés pour certains organes et pour certains appareils.

Que faut-il, en effet, pour faire progresser une science ? Une méthode générale appropriée et des procédés d'étude. La méthode générale scientifique, nous l'avons maintenant dans l'observation scientifique, l'induction raisonnée et l'expérimentation : les procédés d'étude nous manquent encore sur certains points.

Il n'est pas dans mes intentions, Messieurs, de vous faire ici l'exposé de la méthode scientifique. Ces notions de critique philosophique sont aujourd'hui tellement tombées dans le domaine public, vous en êtes tellement imprégnés tous les jours, qu'une telle besogne serait inutile. Un rapide aperçu de l'évolution générale de la médecine vous montrera la nécessité de cette méthode.

La médecine, comme les autres sciences naturelles, a dû commencer par être une science d'observation pure ; lorsqu'elle a voulu se soustraire aux règles de l'observation scientifique elle a versé dans le gouffre des théories fausses ou absurdes. L'observation pure est à tel point la base de notre science, qu'il ne nous reste de l'œuvre des siècles passés que les faits recueillis par elle. Nous retrouvons dans la collection Hippocratique, dans les œuvres de Galien, pour ne citer que les plus considérables des anciens, des faits encore utilisables ; que nous font aujourd'hui les théories des Ecoles de Cos, de Cnide, ou d'Alexandrie. Pourquoi tout le travail du moyen-âge est-il perdu pour la science ? sinon parce qu'à cette époque les disputes théoriques ont le pas sur l'observation proprement dite et que les médecins, les yeux tournés vers les astres ou perdus dans les nuages de la philosophie, ne savent plus regarder autour d'eux et passent à côté des faits les plus patents sans les voir. Aussi, à cette époque, la médecine non seulement n'augmente pas son patrimoine de science, mais dégénère de jour en jour, oublie même les enseignements des temps passés et se perd en discussions oiseuses sur des entités philosophiques problématiques.

Ce n'est pas un des spectacles les moins curieux de l'histoire de l'humanité pour nous, médecins, que de voir de quels errements ont été suivis l'ignorance et l'abandon de la méthode naturelle pour une science qui, comme la nôtre, doit être faite tout d'abord d'observation pure et de faits positifs.

Par contre, que de progrès, lorsque l'esprit affranchi des conceptions théoriques problématiques, les médecins reprennent la méthode naturelle et que de découvertes viennent s'accumuler alors les unes sur les autres.

Quoi de plus étonnant, Messieurs, quand on y songe, que de voir le chemin parcouru depuis trois siècles après le long assoupissement des siècles précédents et quelle merveille de constater l'état actuel de la science quand on prend la peine de se rappeler que la découverte de la circulation du sang par HARVEY a été publiée en 1628, c'est à-dire il y a moins de 300 ans.

Cependant si le XVIIme et le XVIII siècles ont été des siècles de rénovation scientifique, leur moisson n'est en rien comparable, dans le domaine de la médecine, à celle du siècle qui s'achève en ce moment. C'est que la science a reçu une impulsion qui lui a assuré une fécondité nouvelle et incomparable, c'est que, devenue expérimentale, la médecine a élargi son champ d'observation, et, sortant du rôle passif de l'observation naturelle, a pris le rôle actif de l'observation provoquée ou expérimentation.

Pas plus que je ne vous ai dit les grands noms des médecins observateurs, je ne veux, Messieurs, vous rappeler ici les grands noms de ceux de nos prédécesseurs qui ont entrevu la voie nouvelle ou ont contribué à y diriger la médecine ; cependant il y aurait une injustice flagrante, surtout pour nous Français, à ne pas crier bien haut à ce moment le grand nom de Claude BERNARD. C'est surtout lui qui, après les premiers efforts de FLOURENS, de MAGENDIE, a fait pénétrer dans l'esprit des savants et des médecins contemporains cette grande notion que l'expérimentation n'est pas bonne seulement pour les sciences physiques et chimiques, mais que les sciences biologiques sont aussi de son domaine et que si les phénomènes à étudier sont plus complexes en Biologie, les mêmes procédés d'étude n'en sont pas moins applicables.

Les sciences biologiques comme les sciences physiques et chimiques sont soumises à un certain nombre de lois communes et peuvent être étudiées par des procédés analogues. Ces notions à l'heure actuelle ont pénétré profondément dans l'esprit de tous les médecins : l'on peut dire que ce qui caractérise essentiellement la science médicale contemporaine c'est qu'elle a cessé d'être une science d'observation pure pour devenir une science expérimentale, cela ne veut pas dire au reste que l'observation pure doive être supprimée, elle doit au contraire être agrandie et fortifiée, elle doit s'aiguiser en utilisant elle-même tous les procédés de recherches que la physiologie expérimentale, l'analyse physique et chimique, la bactériologie tiennent à sa disposition, et qui lui permettront de pénétrer plus avant dans les problèmes qu'elle a à résoudre.

De là, Messieurs, l'idée d'unir dans cette chaire l'enseignement et l'étude de la pathologie interne à l'enseignement et à l'étude de la pathologie expérimentale, idée qui ne fait qu'exprimer d'une façon plus officielle, si je puis dire, une union accomplie aujourd'hui et une nécessité de la science contemporaine (1).

Nous disions tout à l'heure, Messieurs, que les progrès de la science ne tiennent pas seulement à la méthode, qu'ils tiennent aussi aux moyens d'étude. Vous savez Messieurs, combien l'outillage moderne se complique de tous côtés : la science médicale ne pouvait pas être en retard et elle a demandé aux autres sciences leur concours et profité de leurs progrès. Aussi, les maladies qui sont actuellement les mieux connues sont-elles celles qu'on peut étudier par les procédés d'études le plus perfectionnés : la preuve la plus évidente de ce fait nous est fournie par les maladies infectieuses : c'est l'avènement de la bactériologie qui a fait faire à leur étude les progrès remarquables des dernières années, progrès très nécessaires au reste, puisqu'il y a 20 ans, le groupe si important des maladies générales infectieuses était un des moins bien connus en médecine et n'avait pas fait de progrès depuis que les cliniciens nos prédécesseurs avaient établi par leurs observations les grands types morbides infectieux.

L'ancienne médecine, réduite à l'observation clinique et à l'induction scientifique, nous a laissé cependant un certain nombre de définitions cliniques, d'espèces morbides nettement déterminées, et quelques acquisitions thérapeutiques extrêmement importantes et toujours bienfaisantes ; il suffit de citer à cet égard le mercure et la quinine pour prouver ce que j'avance : mais ces résultats, dus plutôt à l'empirisme, restent isolés et inféconds, et, les acquisitions ainsi faites ne donnent pas à l'esprit l'impression de certitude scientifique absolue que laisse après elle la démonstration expérimentale. Toutefois il est injuste d'oublier comme on a parfois tendance de le faire, ces incontestables bienfaits.

(1) Malheureusement, l'organisation pratique de cette chaire est encore extrêmement défectueuse à beaucoup de points de vue, et les moyens d'action mis à ma disposition insuffisants, mais il est permis d'espérer que l'avenir sera meilleur à cet égard ; la présence ici de M. le Recteur, de M. le Doyen et de plusieurs de mes collègues m'est un gage précieux de l'importance qu'ils veulent bien accorder à cet enseignement.

Dès la fin du siècle dernier on voit naître de ci de là quelques essais d'expérimentation, et dès lors la médecine fait des acquisitions importantes. La plus importante de toutes est la vaccination Jennérienne ; j'ai eu déjà l'occasion de rappeler ailleurs, après d'autres auteurs, en particulier H. BOULEY, que la découverte de JENNER n'est pas, comme on le dit trop souvent, le fait de l'empirisme pur, mais qu'elle fut au contraire raisonnée et basée sur 20 ans d'observations précises, de déductions sûres et d'expérimentation. En réalité, le travail de JENNER (1) peut encore servir de modèle à des recherches de médecine expérimentale. Je ne résiste pas au plaisir de le redire encore une fois.

La découverte de JENNER se trouve être l'une des plus importantes que la médecine ait faite depuis son origine, et nous avons de la peine à comprendre à l'heure actuelle, l'enthousiasme que cette découverte a suscité, mais si nous songeons aux désastres que la variole occasionne encore chaque année dans les pays d'Orient et d'extrême Orient, où la vaccine n'est pas si acclimatée, nous réfléchissons qu'à la fin du siècle dernier, la variole emportait en Europe le septième de la population, c'est-à-dire autant que la tuberculose de nos jours, nous nous rendrons compte de l'importance du service rendu par JENNER à l'humanité.

En laissant de côté toute la prévention des infections médico-chirurgicales et toute l'hygiène prophylactique qui sont pour l'humanité des bienfaits dont la portée est impossible à calculer, il n'est pas douteux que les méthodes Pastoriennes, qui ont si puissamment renouvelé la médecine, ne nous ont pas encore donné un résultat pratique dans une maladie d'une aussi grande importance que celle de la variole à la fin du siècle dernier, et cependant dès à présent PASTEUR nous a donné infiniment plus que JENNER parce qu'au lieu de la prophylaxie géniale mais isolée d'une maladie, il nous a laissé pour l'avenir un ensemble de méthodes qui nous permettent d'envisager avec certitude le moment ou nous pourrons devenir maître des infections les plus redoutées aujourd'hui. Et ainsi toutes les acquisitions de la science contemporaine en fait de bactériologie sont la conséquence directe des travaux de PASTEUR tandis que la découverte de JENNER n'a pas eu de lendemain. De même l'on peut dire que les découvertes de Cl. BERNARD, et, pour ne citer que les plus importantes, la découverte de la fonction glycogénique du foie et des vaso-moteurs, n'ont pas la valeur capitale de la découverte par HARVEY de la circulation du sang ; cependant la trace de Cl. BERNARD dans la science ou plutôt son influence sur celle-ci est plus importante à mon avis que celle d'HARVEY parce que Cl. BERNARD a inauguré et installé d'une façon définitive en médecine la méthode expérimentale et que cette méthode est pleine de promesses pour l'avenir.

Solidement basée sur la méthode scientifique, utilisant chaque jour davantage l'aide fructueuse que lui prêtent les autres sciences, la médecine peut envisager l'avenir avec confiance ; l'avenir lui appartient et l'on peut déjà entrevoir le moment où la plupart des grands problèmes recevront leur solution. Aussi comprend-t-on l'enthousiasme avec lequel les découvertes contemporaines sont acceptées de toutes parts et comment la médecine à l'heure actuelle intéresse non seulement ceux qui s'y adonnent mais toutes les intelligences supérieures qui observent et suivent les progrès des sciences humaines.

(1) A l'époque ou l'attention de JENNER fut appelée sur les faits d'où son génie fit sortir la découverte qui a illustré son nom, les médecins anglais combattaient la variole par la variolisation, pratique rapportée de Constantinople, en 1721, par Lady MONTAGUE, et bien acclimatée en Angleterre. JENNER était un des propagateurs de la méthode, dans le Glocestershire, où il exerçait la medecine à Berkley, son pays natal. Dans ce comté une tradition populaire voulait que les individus chargés du soin des vaches fussent épargnés de la variole. Nombre d'insuccès relevés dans des tentatives de variolisation chez ces sujets convainquirent JENNER de l'exactitude de cette opinion et le déterminèrent à chercher la cause de cette mystérieuse immunité....... Il s'assura d'abord que les vachers réfractaires à l'inoculation variolique avaient présenté antérieurement, sur les mains, des pustules analogues à celles de la petite vérole. Poursuivant son enquête, il vit que les vaches sont sujettes à une maladie spéciale, caractérisée par le développement des pustules sur les trayons ; or ces pustules sont susceptibles de se transmettre aux mains des valets et des servantes chargés du soin des animaux ; JENNER vit plusieurs exemples de cette inoculation accidentelle sur des mains excoriées, mais pour compléter la démonstration il eut recours à l'inoculation. Cette hardiesse expérimentale lui vint naturellement à l'esprit, habitué qu'il était à l'inoculation variolique, et le succès confirma la légitimité de son induction ; un jeune enfant de cinq ans et demi, inoculé avec le liquide provenant des pustules d'une vache, eut une maladie légère accompagnée d'une éruption caractéristique. Ainsi, le cow-pox est bien transmissible de la vache à l'homme ; et il est de plus transmissible par inoculation de l'homme a l'homme. L'expérience la plus célèbre de JENNER, à cet égard, est celle où, pour pratiquer la première vaccination officielle, il recueillit sur une jeune servante, Sarah NELMES, contaminée dans le cours de ses occupations journalières, du virus qu'il inocula ensuite au bras d'un jeune enfant de huit ans, James PHIPS (14 mai 1796). Il ne restait plus, pour achever la démonstration et prouver que c'est bien le cow-pox qui protège des atteintes de la petite vérole vachers et vachères, qu'à inoculer la variole aux sujets ainsi préparés. C'est ce que fit JENNER. Ses inoculations chez des sujets antérieurement frappés de cow-pox restèrent infructueuses et les individus vaccinés purent sans danger être exposés à la contagion variolique. La vaccine (de *acca*, vache) était découverte et sa transmission facile de bras à bras étendait à toute l'espèce humaine le privilège de quelques-uns.

Le mouvement de progrès énorme qui entraîne la médecine contemporaine a eu pour résultats d'attirer vers elle un grand nombre de travailleurs, aussi la production scientifique est-elle à l'heure actuelle considérable ; il semble que nous assistions à une sorte de *renaissance médicale* ; chacun s'empresse d'apporter sa pierre à l'édifice commun. Malheureusement dans le grand nombre de travaux qui paraissent à l'heure actuelle, il en est de valeurs très diverses et le rôle du professeur vis-à-vis d'eux doit être justement un rôle de critique. Il doit essayer dans la mesure du possible d'apprécier à leur juste valeur les productions contemporaines, de faire parmi elles la part respective des résultats acquis et des hypothèses hasardeuses des faits bien observés et de ceux qui sont présentés sous un jour faux ou incomplet.

Son devoir vis-à-vis de ses élèves et vis-à-vis de la science l'amène ainsi, par la mise au point des questions, à servir pour ainsi dire de trait d'union entre la médecine traditionnelle et l'avenir, se gardant de tomber dans un enthousiasme irréfléchi pour les doctrines encore mal assurées, se gardant avec un soin plus jaloux encore de rester dans un attachement rétrograde aux doctrines d'autrefois, se méfiant à chaque instant de prendre les mots pour des faits et les explications théoriques pour la réalité, se rappelant toujours que les doctrines passent et que les faits seuls restent, que dans une science comme la nôtre, la doctrine n'a d'autre intérêt que de se servir du lien provisoire entre les faits, pour permettre d'en chercher de nouveaux et de découvrir ainsi des lois plus générales, englobant dans une formule unique un plus grand nombre de cas particuliers.

Un fait bien recueilli, bien observé, bien enregistré, garde toujours sa valeur ; nous le retrouvons encore impérissable dans les observations de SYDENHAM, comme dans les protocoles d'autopsie de VESALE ou de MORGAGNI ; quant aux théories les plus retentissantes elles ne font que passer ; celles pour lesquelles se passionnaient nos pères au début de ce siècle : l'animisme, le vitalisme... ne sont plus déjà pour nous aujourd'hui que des mots vides de sens, traduisant des opinions et des doctrines d'un autre âge, que nous retrouvons de temps en temps avec étonnement, sous la plume d'un de nos contemporains et qui nous apparaissent alors avec cette saveur spéciale et cette poésie mélancolique qui s'attachent aux choses du passé, comme les carillons de nos vieilles villes de Flandre évoquent dans nos âmes le souvenir de la vie et des coutumes de nos ancêtres.

Mais, Messieurs, le rôle du professeur n'est pas seulement de vous exposer l'état de la science sur les points qu'il vous enseigne, il a un rôle ou plutôt un devoir plus élevé à mon avis, celui de vous mettre à même de l'apprendre vous même. Il ne saurait entrer dans l'esprit de personne de demander à l'heure actuelle, à un étudiant qui termine ses études, d'avoir une pleine connaissance de la pathologie.

A cet égard, il en est de la pathologie, c'est-à-dire de la médecine théorique, comme de la clinique, c'est-à-dire de la médecine pratique ; il ne faut pas songer à recueillir au cours l'histoire de toute la pathologie pas plus que pendant la durée de vos études vous ne rencontrerez dans les salles de clinique tous les cas avec lesquels vous serez aux prises dans votre pratique. Aussi, le rôle du professeur de clinique est-il non pas de vous montrer toutes les maladies que vous observerez plus tard, mais de vous donner la méthode qui vous permettra, en présence de n'importe quel malade, d'en faire un examen complet et méthodique et d'arriver toujours à un diagnostic scientifique.

De même en pathologie, le professeur ne peut pas avoir la prétention, même en quatre ans, durée normale de vos études, de vous apprendre toute la pathologie, mais seulement de vous indiquer les lois et les méthodes, pour vous mettre à même de suivre ensuite, pendant toute la durée de votre existence, le mouvement scientifique, et de rester toujours au courant des incessantes découvertes de la science.

Pour ce faire Messieurs, le moyen le meilleur me semble être le suivant et c'est sur cette méthode que je conduirai mon enseignement : il y a dans tous les chapitres de la pathologie des points obscurs et des points acquis, des chapitres terminés, d'autres à peine esquissés. Les points bien établis se trouvent exposés d'une manière satisfaisante dans les livres excellents que vous avez entre les mains. Les points en discussion, au contraire, sont, par cela même, exposés dans les auteurs d'une façon incomplète ou mal proportionnée.

Pour vous former l'esprit aux habitudes de critique scientifique et pour vous être plus utile, pour vous permettre d'avoir en quatre ans une idée de l'état actuel de la pathologie, je n'étudierai avec vous que les questions qui, pour des motifs variés, me paraîtront avoir besoin d'un exposé nouveau. De cette façon, vous

vous rendrez compte en même temps de la valeur de nos connaissances, ce qui développera chez vous l'esprit de critique et de pondération et aussi des lacunes de la science, ce qui vous montrera les points sur lesquels l'ardeur du travailleur doit s'exercer à présent. Cette méthode d'enseignement, qui doit être plus particulièrement celle de l'enseignement supérieur, me vaudra peut-être l'honneur d'exciter chez un certain nombre d'entre vous le feu de la recherche scientifique et de contribuer ainsi, pour ma faible part, aux progrès et à l'honneur de la science Française. J'aurai ainsi rempli de mon mieux un autre et non moins important devoir du professeur, celui de vous mettre à même de recueillir par vous-mêmes des faits utilisables pour la science.

Etude clinique et expérimentale sur l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures

par MM.

G. Carrière
Agrégé. Chef du laboratoire des cliniques de l'Université de Lille

J. Vanverts
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris

La question du traitement des fractures par la thyroïdine, dont l'idée appartient à Hanau et Steinlein (1) et la première application à Gauthier (de Charolles) (2), est loin d'être résolue.

Qu'elle s'adresse à des fractures anciennes ou à des fractures récentes, l'opothérapie thyroïdienne donne, en effet, des résultats très différents, sans qu'aucune raison connue donne l'explication de cette variabilité d'action.

Nous avons, à la suite de recherches sommaires, pu réunir un certain nombre d'observations, dont quelques-unes, au moins, présentent quelque intérêt. Les voici résumées et divisées en deux catégories : celle des succès et celle des insuccès.

SUCCÈS

I. Gauthier, de Charolles (*loco cit.*). — Jeune fille de 15 ans. Fracture de jambe. Au bout d'un mois d'immobilisation, absence absolue de consolidation. Même état, 110 jours après l'accident, malgré le frottement des fragments, l'application de deux vésicatoires. — Du 110e au 135e jour, injection quotidienne de 6 à 10 gr. de substance thyroïde. Le 135e jour, on constate que la consolidation est nettement établie.

II. Gauthier, de Charolles (*loco cit.*). — Homme. Fracture du tiers supérieur du radius. Immobilisation. Pas de consolidation au bout de 3 mois. — Du 100e au 135e jour, ingestion de 800 grammes d'extrait thyroïdien, soit 160 grammes environ de substance active. Après ce traitement la crépitation disparaît ainsi que l'enflure et la douleur du foyer. Le malade n'éprouve plus qu'un peu de gêne dans les mouvements de pronation et de supination ; mais le bras est presque aussi fort que l'autre.

III. Quénu (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1898, T. XXIV, p. 1055). — Jeune fille de 24 ans. Fracture compliquée en T de l'extrémité inférieure du fémur. Débridement, résection d'un fragment, extraction d'une esquille. Attelle postérieure et extension continue. La suppuration dure quatre mois, puis cesse après l'élimination d'une esquille. 140 jours après l'accident, aucune trace de consolidation. — Du 145e au 150e jour, thyroïdine. Consolidation, telle au bout de ces cinq jours que le surlendemain, avec un silicate, la malade se lève et marche.

IV. Reclus (*Ibid.*, p. 1056). — Homme. Pseudarthrose du fémur. — Thyroïdine. *L'effet fut réellement foudroyant.* En très peu de temps, la consolidation eut lieu.

V. Reclus (*Ibid.*). — Cal exubérant. Thyroïdine. Résultat excellent.

VI. Pascal (*Arch. gén. de méd.*, 1898, T. II, p. 723). — Homme de 43 ans. — Fracture au niveau de la moitié inférieure du fémur. Pas de consolidation au bout de cinq mois. — Thyroïdine. Consolidation en vingt-et-un jours.

VII. H. Folet (*Echo méd. du Nord*, 1899, p. 51). — Homme. Fracture en biseau du tiers inférieur de la jambe. Après quarante jours d'immobilisation, pas de consolidation. — 60 centigrammes de corps thyroïde par jour, le malade marchant avec l'appareil ambulatoire. Quatorze jours après, consolidation presque complète.

VIII. H. Folet (in Van Heddeghem. *Médication thyroïdienne dans les fractures.* Thèse de Lille, 1898-1899, n° 133, obs VIII, p. 29). — Homme de 45 ans. Fracture de jambe. Après vingt sept jours d'immobilisation, pas de consolidation. Le soixante-dix-septième jour, la consolidation tarde encore. — Du soixante-dix-septième au quatre-vingt-septième jour, 60 centigrammes de thyroïdine. Le quatre-vingt septième jour, la jambe est solide.

IX. Lambret (*Echo méd. du Nord*, 1899, p. 277). — Homme. Fracture de jambe. Immobilisation pendant six jours, puis pose d'un appareil de marche. Dès le lendemain de l'accident, ingestion quotidienne de 60 centigrammes de corps thyroïde. Le dix-septième jour, la jambe est solide et le malade marche sans appareil.

X. Lambret (in Van Heddeghem, *loco cit.*, obs. XI, p. 32). — Homme de 52 ans. Fracture de la jambe gauche, fracture du tiers moyen de la cuisse droite. Appareil plâtré à gauche, extension continue à droite. — Quatre jours après l'accident, ingestion quotidienne de 60 centigrammes de corps thyroïde, supprimée du sixième au douzième jour en raison de l'apparition de fièvre, puis reprise. Dix-huit jours après l'accident, consolidation des deux fractures.

XI. P. Poirier (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1899, p. 977). — Homme. Fracture de cuisse. Sept centimètres de raccourcissement ; consolidation en V. Suture au fil d'argent. Immobilisation quatre-vingt-dix jours, puis massage. Pas de consolidation. — Réimmobilisation et thyroïdine. Consolidation.

Poirier fait remarquer qu'on ne peut tirer de ce fait aucune conclusion.

XII. Ferria (*Gazette méd. de Torino*, 1899, p. 461). —

(1) Hanau et Steinlein. *Congrès de Francfort*, 1895.

(2) Gauthier (de Charolles). Médication thyroïdienne dans les fractures avec retard de consolidation. *Lyon méd.*, juin 1897.

Homme. Fracture du radius mal consolidée. Résection sous-périostée du cal. Trois mois après, pas de consolidation. — Thyroïdine pendant 1 mois. Consolidation.

XIII. Ferria (*Ibid.*). — Fracture comminutive de la jambe avec plaie et accidents septiques. Résection de huit centimètres d'os, qu'on remplace par un fragment d'humérus. Au bout de trois mois, pas de travail d'ossification. — Thyroïdine. Six semaines après on constate l'existence d'une couche d'os d'une certaine épaisseur ; on enlève le fragment d'os. Quelques mois plus tard, la consolidation est parfaite.

XIV. *Scalpel*, octobre 1899. — Une pseudarthrose du fémur guérie en un mois, après usage de thyroïdine.

XV. *Scalpel*, ibid. — Fracture de l'humérus non consolidée au bout de deux mois. — Thyroïdine. Consolidation rapide.

XVI. Tronchet (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1899, t. XXV, p. 897). — Homme de 50 ans. Fracture comminutive de jambe. Immobilisation suivie de massage au bout du quinzième jour ; la déviation se reproduit ; on réimmobilise ; puis massage ; puis réimmobilisation. Au quatre-vingtième jour, il persiste de la mobilité au niveau du foyer de fracture. — Ingestion quotidienne de 50 et 60 centigrammes de thyroïdine. Troubles d'intoxication. Au bout de dix jours, consolidation.

XVII. Tronchet (*Ibid.*, p. 898). — Homme de 56 ans, éthylique. Fracture de la dixième côte gauche. Au trente-cinquième jour, du frottement persiste entre les deux fragments. — Ingestion quotidienne de 50 à 60 centigrammes de thyroïdine. Troubles d'intoxication. Au bout de dix jours, consolidation.

XVIII. Potherat (*Ibid.*, 1900, t. XXVI, p. 18). — Homme de 35 ans. Fracture de jambe avec esquilles Quarante jours après, cohésion, mais pas de consolidation. Après quatre mois d'immobilisation, même état. — Ingestion de thyroïdine, jusqu'à 60 centigrammes par jour : trois semaines après, amélioration. Dix jours plus tard, consolidation.

XIX. Potherat (*Ibid*). — Homme de 57 ans, athéromateux, ayant une mauvaise nutrition. Fracture de jambe. Au bout de trente sept jours d'immobilisation, consolidation peu avancée, sans être nulle cependant. Trois semaines plus tard, même état. — Du soixante-dixième au quatre vingt-quinzième jour, ingestion quotidienne de 60 centigrammes de thyroïdine ; quelques phénomènes d'intoxication. Au quatre-vingt-quinzième jour persiste encore de la mobilité. On continue la thyroïdine. Le cent septième jour, consolidation.

INSUCCÈS

XX. P. Reclus (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1898, t. XXIV, p. 1056). — A employé sans résultat la thyroïdine pour plusieurs cas de retard de consolidation.

XXI. Gérard Marchant, cité par Potherat (*loco cit.*). — Echec.

XXII. P. Poirier (*Ibid*, 1899, t. XXV, p. 977). — Fracture communitive ouverte de cuisse. Extension continue. Pas de consolidation. — Un gramme de poudre thyroïdienne pendant vingt jours. Pas de consolidation. On remet le malade à l'immobilisation.

C'était un cas défavorable, dit Poirier.

XXIII. Rochard (*Ibid.*, p. 978). — Pseudarthrose sans consolidation au bout de six mois. Suture et thyroïdine. Pas de consolidation au bout de trois mois.

XXIV. Guinard (*Ibid.*, p. 975). — Homme de 39 ans. Fracture de jambe. Quarante jours après, pas de consolidation. — Deux ans après, Guinard le revoit. Consolidation incomplète et jambe très coudée. Intervention, résection, suture. Quarante jours après, pas de consolidation. Au cinquante sixième jour, idem. Au bout de six mois, idem. — Un gramme de thyroïdine chaque jour pendant un mois. Aucun résultat.

XXV. Lambret (in Van Heddeghem, *loc. cit.*, obs. XII, p. 33). — Homme. Fracture de jambe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. L'appareil plâtré ne suffisant pas à maintenir la réduction, suture au fil d'argent dix jours après l'accident. — Du troisième jour au trente-neuvième jour après l'accident, ingestion quotidienne de 60 centigrammes de thyroïdine. Amaigrissement considérable. Au trente-neuvième jour, pas de consolidation. — Suppression de la thyroïdine. Consolidation vers le quatre-vingtième jour.

De l'examen de ces observations, il résulte que le traitement thyroïdien a été essayé jusqu'ici dans deux conditions différentes. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'une pseudarthrose ou plutôt d'un retard de consolidation, resté rebelle à l'emploi de l'immobilisation, du massage ou des autres procédés classiques ; plus rarement, on a fait ingérer au malade de la thyroïdine aussitôt après l'accident, de façon à accélérer le travail de consolidation.

Dans la première catégorie de faits, nous notons dix-sept succès et cinq échecs au moins, puisque Reclus dit avoir eu plusieurs insuccès, sans en fixer le nombre exact ; les trois cas de la seconde catégorie, qui appartiennent à M. Lambret, donnent deux succès et un échec.

Tous ces faits ne présentent pas un égal intérêt ; certains d'entr'eux, de l'aveu même de ceux qui les ont rapportés, ne permettent de tirer aucune conclusion. Mais deux points ressortent nettement de leur étude : c'est d'abord que *l'opothérapie thyroïdienne donne dans certains cas des résultats surprenants, « foudroyants »*, qu'il ne semble pas possible d'attribuer à un autre facteur, ni à une coïncidence, comme l'a soutenu Rochard ; c'est ensuite *qu'elle échoue complètement dans d'autres*.

Quelle est la proportion exacte des succès et des échecs ? C'est ce qu'il est bien difficile de dire pour le moment. Le nombre des observations est encore trop peu considérable. Sans doute les cas heureux semblent plus nombreux que les cas malheureux ; mais n'a-t-on pas toujours plus de tendance à publier ceux-là que ceux-ci ?

Peu importe, du reste. Le seul point important est que les résultats du traitement thyroïdien sont extrêmement variables et c'est à découvrir la cause de ces différences qu'il est plus intéressant de s'attacher.

Malheureusement nos connaissances sur ce sujet sont absolument nulles : l'âge, la constitution du malade ne

paraissent jouer ici aucun rôle et aucune autre cause ne semble pouvoir être invoquée comme étant favorable ou défavorable à l'action de la thyroïdine.

La question de l'opothérapie thyroïdienne dans le traitement des fractures récentes ou anciennes reste donc très obscure.

Comme contribution à l'étude de cette question intéressante, nous avons recherché l'action de la thyroïdine sur la consolidation des fractures faites expérimentalement chez les animaux.

Nous avons donc institué deux séries d'expériences :

1° Dans la première, nous avons pris quatre lapins d'âges différents, nous leur avons fracturé à chacun le fémur. Ceci fait, nous lui avons appliqué un appareil contentif à l'aide de bandes de tarlatane imprégnée de plâtre et maintenant la patte enveloppée d'ouate entre deux attelles en bois.

Un de ces animaux fut conservé comme témoin. Les trois autres reçurent chaque jour sous la peau une injection d'une solution de suc thyroïdien, représentant 1/12 de corps thyroïde. La plupart ayant eu de la diarrhée après les premières injections, nous diminuâmes les doses et nos injections quotidiennes ne correspondirent plus qu'à 1/20 de corps thyroïde.

Résultats. Au bout du vingtième jour, la fracture du témoin était consolidée à peu près complètement; celles des autres ne l'étaient pas.

2° Une seconde série fut mise en expérience; mais les lapins qui la constituaient reçurent des doses de thyroïdine bien moins élevées (1/30 de corps thyroïde par jour). De plus, au lieu de l'introduire sous la peau, nous la leur fîmes ingérer par la sonde œsophagienne.

Résultat. Le vingt-et-unième jour, le témoin avait sa fracture à peu près complètement consolidée ; un des animaux qui avaient absorbé la thyroïdine avait aussi un cal volumineux et une consolidation presque totale ; mais les autres étaient moins avancés que le témoin.

CONCLUSIONS. — De ces deux séries d'expériences on peut conclure catégoriquement que *chez le lapin l'administration de la thyroïdine ne hâte en aucune façon la consolidation des fractures.*

Nous ne croyons pas qu'il soit permis d'appliquer d'emblée ces conclusions à la thérapeutique humaine. Il nous semble cependant qu'à ce point de vue les résultats que nous avons obtenus expérimentalement ne sont pas sans présenter quelque intérêt.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. LEMAISTRE, à propos d'un cas malheureux, critique le traitement de la rage par la méthode pasteurienne. — M. NOCARD prend le défense de cette même méthode.

Société de Biologie. — M. RICHET. Le meilleur moyen de préparer le jus de viande crue consiste à congeler une certaine quantité de viande et à l'abandonner ensuite à elle-même Le liquide qui s'écoule contient plus d'éléments que celui que l'on obtient par expression.

— M. CHARRIN. Dans l'organisme des enfants chétifs, on rencontre des substances capables de détériorer directement ou indirectement divers tissus.

Société de Chirurgie. — M. TUFFIER considère le cathétérisme uretéral comme dangereux dans la tuberculose rénale.

Société médicale des Hôpitaux. — M. BOURCY. L'albuminurie orthostatique est assez fréquente. Elle paraît probablement due à des troubles circulatoires.

Société de Thérapeutique. — M. LEGENDRE. Les classifications chimiques ou autres, et les théories pathogéniques n'ont qu'une valeur restreinte au point de vue du traitement des dyspepsies. Cliniquement, les signes les plus importants sont la stase gastrique et l'hypersthénie.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Pour compléter le Programme des fêtes, qui auront lieu pendant le **Congrès International de Médecine**, nous pouvons annoncer qu'une grande fête sera donnée par le Conseil municipal de Paris dans les Salons de l'Hôtel de Ville, le 7 Août, dans la soirée.

D'autre part, un Comité des Dames s'est formé sous la présidence de MMmes LANNELONGUE et BROUARDEL. Ce Comité disposera, à la Faculté de Médecine, d'une très belle salle où les Dames Congressistes pourront retirer leurs insignes, se réunir et trouver, auprès des Dames Membres du Comité, tous les renseignements qui leur seront utiles.

Nous rappelons que, pour recevoir, en temps utile, leur carte et leur feuille de chemin de fer, les Membres du Congrès ont le plus grand intérêt à envoyer, le plus tôt possible, leur adhésion au Bureau du Congrès, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Deux places supplémentaires d'agrégés des Facultés de médecine sont mises au concours en 1900-1901, par un récent décret; elles sont réservées à l'Université de Paris, l'une dans la section d'accouchement, l'autre dans la section d'anatomie; le nombre total est ainsi porté de 36 à 38.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Suivant décision du Conseil de l'Université, les **cours, conférences et travaux pratiques** vaqueront dans les Facultés à l'occasion de la fête communale de Lille, le lundi 25 juin.

Par décret du 24 juin 1900, M. le professeur CALMETTE, professeur de bactériologie et de thérapeutique expérimentale, est, sur sa demande, nommé professeur de bactériologie et d'hygiène. Par le même décret, M. le professeur agrégé DEROIDE est nommé professeur de pharmacie.

Nous adressons à nos deux collègues nos plus sincères félicitations, à nos deux collaborateurs, l'expression bien vive de notre satisfaction; leurs vœux sont couronnés, ceux de leurs camarades de l'*Echo médical du Nord* ne le sont pas moins.

Un **Concours** pour un emploi de *chef de clinique médicale*, s'ouvrira à la Faculté, le jeudi 12 juillet 1900, à huit heures du matin.

Conditions du Concours. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, du 2 au 7 juillet, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le diplôme de Docteur en Médecine.

Est admis à concourir tout Docteur en Médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus (Art. 3 de l'arrêté du 1er Octobre 1896).

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice ; en outre, le chef des travaux anatomiques, le prosecteur d'anatomie, le préparateur d'anatomie pathologique ne pourront cumuler leurs fonctions avec celles de chef de clinique (Art. 4 de l'arrêté du 1er Octobre 1896).

La durée des fonctions de chef de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du professeur. — Le traitement annuel est de 1.200 francs.

Nature des épreuves. — Les épreuves du concours consistent :

1° En une composition sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne;

2° En une épreuve clinique orale de 15 minutes sur un ou deux malades, au choix du jury, après une demi-heure d'examen et de réflexion ;

3° En une épreuve de laboratoire ;

4° En une appréciation des titres antérieurs et travaux des candidats.

Attributions. — Les attributions du chef de clinique sont les suivantes :

1° Aider le professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques, les recherches de laboratoire;

2° Exercer les élèves, sous la direction du professeur, à l'examen des malades et aux divers procédés d'investigation propres à établir le diagnostic des maladies ;

3° Suppléer le professeur dans les visites hospitalières en cas d'empêchement momentané, et notamment dans les contre-visites du soir. (Art. 7 de l'arrêté du 1er Octobre 1896).

SOUTENANCE DE THÈSE

Le vendredi 27 juin 1900, M. R.-E.-M. DE RYCKER, ancien externe des hôpitaux de Lille, de Dunkerque (Nord), a soutenu avec succès sa thèse de doctorat (6me série, n° 6) intitulée : **les hernies pendant la grossesse.**

Association amicale des Internes et anciens Internes des Hôpitaux de Lille.

Le Comité de l'Association a l'honneur d'annoncer à MM. les Internes titulaires de 2me et 3me années que, en vertu des articles du titre IV de ses statuts, deux concours seront ouverts le 10 juillet 1900, pour l'obtention de deux prix, l'un de médecine, l'autre de chirurgie et accouchements.

Ces prix seront chacun de cent francs en espèces. Les épreuves comporteront :

1° *Un mémoire inédit* qui sera coté 40 points ; 2° *Une épreuve clinique* (une demi-heure d'examen, un quart d'heure d'exposé et un quart d'heure de réflexion), qui sera cotée 40 points ; 3° *Une épreuve écrite sur un sujet de pathologie* qui sera cotée 20 points.

Les candidats devront faire connaître au secrétaire général de l'Association, leur intention de prendre part au concours, au moins dix jours avant l'ouverture du concours.

Ils devront lui faire parvenir en même temps leur mémoire. Le concours aura lieu dans un service de Clinique avec l'autorisation de l'Administration et du chef de service. L'hôpital sera désigné aux concurrents la veille du concours.

Le Jury décidera l'heure et les conditions de l'épreuve écrite.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Sont nommés aides d'anatomie après concours : MM. ALGLAVE, CHIFOLIAU, ALEXANDRE, REYNON, LÉO.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Amiens. — M. le docteur SANNÉ est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

Dijon. — M. le docteur MICHAUT est institué chef des travaux de physiologie.

Rouen. — M. le docteur JEANNE, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé des fonctions de chef de travaux de médecine opératoire.

Montpellier. — M. le docteur BOSC, professeur agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

HOPITAUX

Paris. — M. le docteur MORAX est nommé, après concours, chirurgien ophtalmologiste des hôpitaux.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs CHAUVEAU et HANTZ, médecins de 1re classe des colonies ; MILLOT-CARPENTIER, de Paris, collaborateur de la *Tribune médicale* ; ICARD, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Lyon.

M. BONNEFOY, interne des Hôpitaux de Lille. Nous adressons à la famille de ce jeune homme, mort plein d'avenir, l'expression de nos sincères condoléances.

N° 181. Quatrième Année. N° 26. Le Numéro : **10** centimes. 1er Juillet 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Képhir

Sa préparation — Sa composition — Ses propriétés

par le Dr **E. Deroide,** professeur de pharmacie à la Faculté de Lille

I

Bien des personnes — voire des médecins, ne connaissent le Képhir que de nom — et encore ! Ce n'est pas que le Képhir n'ait pas été essayé en thérapeutique, mais les nombreuses tentatives qui ont été faites n'ont guère eu de succès. Cela tenait, à mon avis, à ce que, jusque il y a quelques années, on ne savait pas préparer cette boisson ; dans tous les cas elle ne se conservait pas et on était obligé de la consommer dans les quelques jours qui suivaient la préparation. La microbiologie a fait la lumière sur la fermentation spéciale qui lui donne naissance et le moment est venu, m'a-t-il semblé, de faire connaître aux lecteurs de l'*Echo médical du Nord,* sa préparation, sa composition et de dire quelques mots de ses propriétés thérapeutiques.

Le Képhir est une curieuse boisson fermentée dont les peuplades du Caucase et les musulmans ont gardé longtemps le secret et pour laquelle ils conservent un culte passionné. Rarement ces peuplades prennent le lait à l'état frais ; ils le font fermenter par des procédés qui sont connus depuis fort longtemps. Ainsi déjà au XIIIe siècle, les Tartares faisaient usage du *Koumys,* préparé exclusivement avec du lait de jument. De même les montagnards du Caucase préparent du *Képhir* avec différentes espèces de lait, mais plus communément avec du lait de vache. C'est une croyance populaire dans ce pays que la recette de cette boisson a été donnée à l'humanité par MAHOMET ; c'en est une autre, que le ferment que produit le Képhir se trouve à l'état naturel sur des arbrisseaux d'une espèce particulière qui croissent à la limite inférieure des neiges éternelles.

On sait aujourd'hui que le Képhir est obtenu par fermentation, en partie alcoolique et en partie lactique, du lait de vache et qu'elle est due à l'action d'un champignon spécial, le *ferment du Képhir,* dont on ne connaît pas l'origine et qui a surtout été bien étudié par Dmitrijeff. Ce qu'il y a de certain c'est que le ferment ne se trouve qu'au Caucase.

A l'état frais et humide, le ferment du Képhir se présente en masses solides élastiques, gélatineuses, de couleur blanc-jaunâtre, sphériques ou elliptiques, variant en grosseur de 1 millimètre à 5 centimètres.

Les plus petites masses sont lisses extérieurement ; les plus volumineuses sont tomenteuses et présentent l'aspect de petites têtes de choux-fleurs.

Lorsqu'on examine ce ferment au microscope, on voit nettement qu'il se compose de deux microorganismes parfaitement distincts, tant au point de vue de la forme, qu'au point de vue biologique.

On y remarque en effet de véritables cellules de levure et des bactéries. Les cellules de levure, dont nous verrons bientôt le rôle, sont une variété de levure de bière, tantôt isolées, tantôt unies deux à deux, tantôt encore unies par séries, sphériques ou ovales. Elles se multiplient par bourgeonnement.

Les bactéries, qui constituent, dans le ferment, une masse plus importante que celle de la levure, se composent de bâtonnets courts, cylindriques, qui jouissent à un haut degré de la propriété, commune à d'autres espèces, de former des *Zooglées* ; elles se multiplient par division et par formation de spores. *Kern* a créé un nom générique pour ce genre de bacilles — qui se rapprochent comme forme du *B. Septicus* de Cohn — le nom de *Dispora* ; et celui du Képhir porte le nom de *Dispora Caucasica*.

Il est vraisemblable qu'il se trouve dans le ferment du Képhir d'autres microorganismes, en particulier le ferment lactique, mais leur importance et leur rôle sont tout-à-fait accessoires dans la fermentation képhirique du lait.

Lorsqu'on introduit ce ferment du Képhir dans du lait il gagne d'abord le fond du vase ; mais bientôt la fermentation commence, des bulles d'acide carbonique se dégagent en entraînant à la surface les grains du ferment auxquels elles adhèrent ; si on agite alors le vase, les bulles se détachent, les grains retombent au fond d'où ils sont bientôt ramenés à la surface du liquide par le même mécanisme.

On prépare le Képhir de deux manières :

La première, qui est la méthode primitive, est employée par les montagnards du Caucase et donne ce qu'ils appellent le Képhir d'outre. Du lait frais de vache ou de chèvre est introduit dans une outre en cuir et additionné de la quantité nécessaire de ferment. On ferme l'outre et on la place dans un lieu ombragé en été et, au contraire, dans une chambre chaude en hiver. Il est important que le liquide soit agité fréquemment pendant la durée de la fermentation ; et on rapporte que ce sont les enfants qui s'acquittent de cette besogne et aussi qu'une vieille coutume primitive veut que les passants agitent l'outre en la heurtant du pied.

Au bout d'un à deux jours, le Képhir est décanté, pour le séparer de la masse de ferment qui a augmenté de volume et de quantité, et peut être consommé. Dans cette méthode le ferment initial est frais ; lorsqu'un montagnard en manque, un voisin lui en donne à charge de réciprocité ; il suffit du reste d'ensemencer du lait frais avec le dépôt qui s'est formé au fond de l'outre.

Dans la seconde méthode on se sert, au contraire, d'un ferment sec qui est livré par le commerce. Il est jaune, quelquefois brun, dur et cassant ; pour l'employer, il est alors nécessaire de lui faire subir quelques traitements, sur lesquels je n'insiste pas, et dont dépend la réussite de l'opération. On ajoute alors de ce ferment en quantité suffisante à du lait et on laisse fermenter à 18 ou 19 degrés C. en agitant toutes les heures. Après 24 heures on passe le liquide sur une mousseline, et on le place dans une bouteille qu'on ferme hermétiquement et qu'on agite de temps en temps. La fermentation se continue dans cette bouteille et on est libre de boire le Képhir, le premier, le deuxième ou le troisième jour, suivant qu'on le préfère pauvre ou riche en alcool. C'est ainsi qu'étaient obtenus des Képhirs commerciaux vendus sous les numéros 1, 2 et 3.

Telles sont les méthodes qui sont employées au Caucase et qui étaient employées partout il y a quelques années encore. Il est bien certain que ce mode de préparation est défectueux. D'abord le lait, même naturel, apporte avec lui des germes venus de l'air et malgré tous les soins dont on entoure l'opération de l'ensemencement et la fermentation, le liquide obtenu n'est pas en état de conserver, les ferments lactique et butyrique de l'air ayant bientôt fait de le transformer en une bouillie à odeur repoussante, dont l'usage n'est pas sans danger. Et l'on a cité des accidents graves, des désordres du tube digestif survenus dans un hôpital d'enfants où ceux-ci avaient été soumis en plein été au régime de Képhir préparé dans ces conditions.

On a bien essayé de chauffer le lait et de le refroidir avant de l'ensemencer, mais les résultats qu'on obtenait n'étaient pas encore satisfaisants.

La question en était là lorsqu'un ingénieur distingué, M. Salières, élève de M. Duclaux, se mit dans le laboratoire que ce dernier dirige à l'Institut

Pasteur de Paris, à la recherche d'une méthode de préparation rationnelle et scientifique. Voici le procédé opératoire auquel il s'est arrêté : au lieu d'employer les grains de Képhir du commerce, contaminés par de nombreuses bactéries, M. SALIÈRES emploie les ferments isolés de ces grains ; ayant cultivé ces ferments en cultures pures au laboratoire, il ensemence avec ces germes du lait préalablement stérilisé par un chauffage rapide à 120° aussitôt la traite et refroidissement brusque ; la fermentation a lieu ensuite pendant 8 à 10 jours dans des bassines en cuivre étamé ; pendant tout ce temps, le liquide ne reçoit que de l'air soigneusement filtré, aseptique par conséquent, qui apporte l'oxygène nécessaire à la vie aérobie des microorganismes dont le lait est ensemencé. Lorsque l'analyse n'indique plus qu'une faible quantité de sucre de lait, on introduit le Képhir, en le mettant à l'abri de l'air extérieur, dans des bouteilles stérilisées et fermées hermétiquement par un bouchon de porcelaine garni de caoutchouc.

Ces bouteilles sont placées encore pendant un certain temps dans une cave et, la fermentation continuant, le Képhir se charge d'acide carbonique qui lui donne une saveur légèrement piquante, aigrelette et agréable.

Cette opération a l'inconvénient de nécessiter une main-d'œuvre compliquée et délicate, mais elle a au moins l'avantage de donner un Képhir qui peut se conserver identique à lui-même pendant deux mois en hiver et un mois en été. Car il est certain que cette conservation a une limite ; peu à peu, il se produit des diastases qui coagulent la caséine, le Képhir change d'aspect, se putréfie en un mot, n'est plus prenable, si je puis ainsi parler. Il n'en est pas moins vrai que c'est là un progrès considérable, car cette conservation plus que suffisante, surtout avec les moyens de communications rapides dont nous disposons aujourd'hui, rend possibles et faciles les cures de Képhir. En effet, si le Képhir ne s'est pas répandu davantage, et autant qu'il le mérite, en médecine, la cause en est sûrement dans la préparation défectueuse par laquelle on l'obtenait jusqu'à ces derniers temps.

II

Maintenant que nous savons comment on prépare le Képhir, nous devons nous demander quelle est sa composition. Et d'abord, il est certain que le Képhir préparé par la méthode de M. SALIÈRES est loin d'avoir une composition identique à celle du Képhir obtenu par les méthodes anciennes. En effet celui-ci résultait d'une fermentation d'une durée de trois jours au plus du lait de vache, et TUSCHINSKY, un pharmacien russe, qui a eu l'occasion d'en analyser plusieurs échantillons, indique la composition suivante :

KÉPHIR DE 2 JOURS

Densité.	1026	
Albuminoïdes. . . .	38 gr.	par litre
Graisse	20 »	»
Sucre de lait	20,025	»
Acide lactique . . .	9 »	»
Alcool	8 »	»
Eau et Sel	904,975	»

Telle est la composition du Képhir *moyen*. Il est évident que la teneur en alcool varie avec la durée de la fermentation : le Képhir *faible* est celui de 24 heures, le Képhir *moyen* celui de 48 heures et le Képhir *fort* celui de trois jours.

Le Képhir SALIÈRES est le produit d'une fermentation beaucoup plus longue et cette fermentation produit sur les éléments du lait des modifications plus profondes, ainsi qu'en témoignent les analyses suivantes.

Voici d'abord les résultats qu'a obtenus M. GRANDEAU, directeur de la Station agronomique de l'Est, en juin 1898.

Densité à + 15° cent.	1013,5
Sucre	traces
Acide lactique	0,244 °/o
Alcool	2,7 °/o
Caséine et albunime (d'après l'azote).	2,425 °/o

De mon côté, j'ai fait l'analyse de plusieurs échantillons de ce même Képhir et voici le bulletin extrait de mon livre d'analyses du Laboratoire de la Faculté :

C'est un liquide parfaitement fluide, homogène, de la couleur du lait, mais d'une opacité moins grande, ne se séparant pas, mousseux, d'une odeur *sui generis*, et d'un goût légèrement aigrelet, acidule. Il le coagule lorsqu'on le chauffe, en produisant des caillots peu volumineux.

Densité à 15° C	1.013	
Acidité exprimée en acide lactique	6 gr 57 à 7 gr 1	par litre
Matières grasses	2 » à 2 30	»
Sucre de lait	*Néant*	
Matières albuminoïdes (calculées par l'Azote total	39 gr 5 à 40 gr 50	»
Extrait à 100°	41 » à 43 5	»

Acide phosphorique (P^2O^5)	0 75 à 0 80 »
Chlore (en chlorure de sodium)	2 25 à 2 45 »
Alcool	1 8 à 2 %

La petite proportion de beurre qu'on trouve dans le Képhir s'explique par ce fait qu'on emploie, à dessein, pour le préparer, du lait écrémé. Outre que les matières grasses ne sont pas toujours bien digérées dans les maladies de l'estomac et de l'intestin, leur présence dans le Képhir le rend désagréable à boire et difficile à conserver. De plus la crème revient à la surface où elle forme une couche épaisse qui ne plaît pas aux malades.

Comme on le voit, le sucre de lait a complètement disparu. et cela s'explique par la longue fermentation qu'a subie le lait. Si on se rappelle que le lait contient en moyenne 45 grammes par litre de ce sucre de lait, on se rend vite compte que la totalité de ce sucre n'a pas été transformée en alcool; une portion importante a été modifiée sous une autre forme, c'est-à-dire sous forme d'acide lactique : ce qui explique la forte proportion de cet acide dans le Képhir.

Cette composition du Képlir nous amène nécessairement à étudier les modifications que le ferment du Képhir fait subir aux divers éléments du lait.

Je rappelle en passant que le lait est principalement formé de diverses matières albuminoïdes et en particulier de caséine, de beurre, de sucre de lait et de substances minérales et d'eau naturellement.

Lorsqu'on ensemence ce lait avec le ferment du Képhir, une partie du sucre du lait est transformée en alcool et en acide carbonique, avec production de petites proportions de glycérine, d'acide succinique et d'acide acétique qui apparaissent toujours comme produits secondaires dans la fermentation alcoolique. Nous verrons bientôt comment on peut expliquer ce dédoublement du sucre de lait.

Une autre partie du sucre de lait est dédoublée et transformée en acide lactique.

Il y avait intérêt à rechercher si ces deux fermentations, alcoolique et lactique, s'établissent en même temps ou successivement ; si ensuite, elles se continuent avec une égale activité, ou si l'une des deux l'emporte sur l'autre. Ces différents points ont été étudiés par plusieurs observateurs, et on peut conclure de leurs recherches, que la fermentation lactique est d'abord plus active que la fermentation alcoolique, et que le contraire a lieu un peu plus tard.

Il faut d'ailleurs, dans cette appréciation, tenir compte de la température, car on sait qu'une température élevée favorise plutôt la fermentation lactique, tandis que vers 16° C., les deux fermentations s'effectuent avec la même activité.

Nous avons vu plus haut que le ferment du Képhir se compose de deux microorganismes distincts : une levure et une bactérie. Quelle est la part qui revient, dans la fermentation képhirienne — ou képhirique du lait à chacune de ces deux espèces. C'est que le sucre de lait n'est pas, comme le glucose, un sucre directement fermentescible ; il résulte, comme le sucre ordinaire ou saccharose, de l'union de deux molécules de glucose avec perte d'une molécule d'eau, et exige, avant de fermenter, un dédoublement, une hydratation qui le transforme en ses glucoses générateurs (dextrose et lévulose pour la saccharose, glucose et galactose pour le sucre de lait). La levure en un mot ne peut pas en faire directement de l'alcool et de l'acide carbonique ; elle ne peut pas se l'assimiler.

Pour expliquer cependant la fermentation du sucre de lait, on admet que la bactérie — sœur de la levure, — possède la propriété de faire ce dédoublement nécessaire, grâce vraisemblablement à la sécrétion d'un ferment soluble, une sorte de diastase analogue à l'invertine de la levure de bière, comme le font dans nos laboratoires les acides minéraux à chaud. Une fois le sucre de lait dédoublé en glucoses, ceux-ci sont transformés en acide lactique par la bactérie et en alcool et acide carbonique par la levure.

En résumé, on observe dans cette fermentation une sorte de commensalisme, dans lequel l'un des organismes utilise, avec le secours de l'autre, un produit dont il ne pourrait tirer parti à lui tout seul, nouvel exemple, comme l'a dit M. Bourquelot, de l'adage classique :

Qu'on a souvent besoin d'un plus petit que soi

La fermentation alcoolique et lactique n'est pas le seul phénomène qui s'accomplisse dans la transformation du lait en képhir.

En même temps que se produit l'acide lactique, la caséine, sous l'influence de celui-ci, se précipite sous la forme de flocons ténus qui se rassemblent et viennent former une couche assez épaisse à la partie supérieure du liquide. Mais peu à peu, la fermentation continuant, cette courbe se liquéfie et la masse du liquide redevient fluide et homogène. Or, il n'est pas douteux qu'ici encore le ferment a provoqué une liquéfaction de la caséine analogue à celle qu'elle

subit sous l'influence de certains ferments digestifs, un commencement de peptonisation. Ne peut-on pas admettre, pour expliquer cette modification de la caséine, l'action d'un ferment soluble analogue, sinon identique, à la thrypsine, capable de peptoniser en partie la caséine et qui serait sécrété par la bactérie ? Ce qui rend vraisemblable cette hypothèse, c'est la découverte par DUCLAUX, dans le fromage, de microbes d'une espèce particulière auxquels il a donné le nom générique de *Tyrothrix* et qui possèdent eux aussi la faculté de sécréter des ferments solubles dont l'un peptonise la caséine coagulée.

Quoi qu'il en soit, le Képhir contient, ainsi que le montre l'analyse que j'en ai faite, une forte proportion d'acide lactique qui explique peut-être son action dans certaines affections. Et ce n'est pas là un fait des moins curieux de voir un liquide comme le lait pouvoir acquérir une aussi forte teneur en acide lactique.

On sait en effet que le lait, bien que pris dans la mamelle, il ne renferme (DUCLAUX l'a prouvé) aucun germe susceptible de fournir cette acidité — que le lait, dis-je, présente un certain degré d'acidité. Ainsi, si on ajoute à du lait, aussitôt après la traite, quelques gouttes de phtaléine du phénol et de la soude diluée et titrée jusqu'à coloration rosée très faible, on constate qu'il faut verser plusieurs centimètres cubes de liqueur alcaline pour arriver à la teinte cherchée.

Cette acidité, toujours faible (1 gr. 50 environ d'acide lactique par litre) augmente, lentement en hiver, plus rapidement en été où elle peut atteindre 3 à 4 grammes par litre en moins d'un jour (grâce aux ferments, lactique en particulier, apportés par l'air, les récipients, etc.) Or, un lait se coagule à la température ordinaire lorsque son acidité atteint 7 à 8 grammes par litre; à l'ébullition, la moitié de cette quantité d'acide lactique suffit à le coaguler. Tandis que le Képhir reste parfaitement fluide et homogène à la température ordinaire avec une proportion d'acide lactique qui peut atteindre 8 et même 9 grammes par litre. Ce fait démontre à lui tout seul que la caséine de lait a été transformée, en partie peptonisée, pendant la fermentation képhirienne.

En résumé la fermentation képhirienne amène dans le lait les changements suivants :

1° Fermentation alcoolique d'une partie du sucre de lait, avec formation d'alcool, d'acide carbonique et de produits secondaires (glycérine, acide succinique, acide acétique).

2° Fermentation lactique d'une autre partie du sucre de lait, avec formation d'acide lactique.

3° Peptonisation partielle de la caséine.

III.

Le képhir doit-il être considéré comme un aliment ou comme un médicament? Pour LÉPINE (*Semaine médicale* 1887, p. 29) c'est un aliment — exotique. Il s'exprime ainsi : « Je dis aliment et non médicament, car le képhir n'est pas plus un médicament que le vin, que la bière ou encore que le koumis que l'on a préconisé, à tort selon moi, comme un médicament, voire même comme une panacée. Ainsi que le koumys, le képhir est simplement du lait fermenté, mais il a sur ce dernier au moins l'avantage d'être agréable au goût. »

Je ferai d'abord remarquer que M. LÉPINE écrivait ces lignes en 1887, alors qu'on consommait le képhir de trois jours — on n'en avait et n'en connaissait pas d'autre — et que par conséquent ce képhir renfermait encore une assez forte proportion de sucre de lait et de beurre, ainsi que le montre l'analyse de TUSCHINSKY citée plus haut. Cette composition (caséine transformée, beurre, sucre de lait) en faisait un aliment — exotique, je l'admets — au même titre à peu près que le lait.

Le képhir qu'on prépare aujourd'hui, le seul qui soit capable de conserver — ainsi que je l'ai montré — représente du lait plus profondément modifié, puisqu'il est dépourvu complètement de substances hydrocarbonées (sucre de lait) et très pauvre en matière grasse. Il n'est plus un aliment que par la matière albuminoïde qu'il contient ; il n'est donc pas un aliment complet au même titre que le lait.

Mais, en revanche, il offre à l'organisme une matière albuminoïde essentiellement assimilable, en grande partie peptonisée, qui ne nécessite de la part de l'estomac et des sucs digestifs qu'un travail des plus minimes.

A ce point de vue, on peut le considérer comme un aliment azoté des plus précieux, d'autant plus que l'alcool et l'acide carbonique qu'il renferme en font une boisson des plus agréables, en même temps qu'ils sont des stimulants incontestés des fonctions digestives.

Si on ajoute à cela qu'il contient tous les éléments minéraux du lait, l'acide phosphorique en particulier, peut-être aussi sous une forme plus assimilable encore

que dans le lait ; qu'au surplus, il est riche en acide lactique et qu'il doit peut-être à la présence de cet acide son action dans certaines affections, on sera convaincu que le Képhir est un excellent adjuvant dans le traitement de nombreuses maladies. « Ce n'est pas un spécifique, dit Lépine, mais un bon aliment tonique. »

Les médecins russes l'emploient du reste depuis longtemps dans le traitement des états anémiques, quelle qu'en soit la cause. On le prescrit aussi avec avantage dans le traitement réparateur des cachexies et en particulier chez les phtisiques.

Il trouve de nombreuses et utiles applications dans les maladies du tube digestif ; Hayem l'a préconisé comme un des meilleurs traitements pour ramener au taux normal l'acidité totale du suc gastrique et faire apparaître l'acide chlorhydrique libre dans l'apepsie et l'hypopepsie.

Enfin le Képhir est particulièrement indiqué dans tous les cas d'entérite chronique et de diarrhée de causes diverses, et dans les vomissements de la grossesse.

Lépine l'a employé avec succès chez plusieurs sujets atteints d'ulcère de l'estomac. Les malades le préféraient au lait ordinaire, et trouvaient que par son emploi, les douleurs gastriques étaient atténuées. Chez l'un d'eux, le Képhir était bien toléré, alors que le lait ne l'était pas.

Chez les enfants, le Képhir peut rendre de grands services dans les cas de diarrhée verte et dans la plupart des affections du tube digestif.

On voit, par ces quelques exemples, que le Képhir mérite une place importante dans la thérapeutique. Si l'usage ne s'en est pas davantage répandu jusqu'ici, c'est qu'on ne savait pas le préparer d'une façon satisfaisante. Aujourd'hui, grâce aux progrès réalisés en bactériologie, sa préparation et sa longue conservation en font un aliment-médicament des plus précieux pour le médecin : c'est mon excuse d'avoir fait aussi longuement son histoire.

Deux cas d'ectrodactylie — Présentation d'une malade

par le docteur **R. Le Fort**.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer deux cas d'ectrodactylie chez deux fillettes et je vais avoir l'honneur de vous présenter une des deux malades.

La première est une petite fillette de trois ans, bien portante, qui est venue au monde avec une main incomplète, il lui manque quatre doigts à la main droite, son pouce est bien développé, un peu court et un peu gros pourtant. La main est forte, largement musclée, et jouit d'une grande mobilité active, non seulement sur le poignet, mais dans ses diverses portions, ce qui permet à l'enfant de s'en servir de façon assez convenable. A première vue, les doigts paraissent amputés au ras de la main. En y regardant de près, on remarque quatre petits tubercules plats, gros comme des lentilles et surmontés d'un rudiment d'ongle plat, les petites saillies sont en rapport avec les métacarpiens eux-mêmes bien développés. L'examen radioscopique, fait par M. le docteur Bédard, a permis de voir au niveau de l'infime moignon du petit doigt, un petit noyau d'ossification, rudiment probable de la phalange. Cette fillette est le septième de huit enfants ; elle est la seule de sa famille qui présente une anomalie congénitale. Il ne paraît pas y avoir de syphilis chez les parents. La mère est tuberculeuse ; sa tuberculose serait de date récente, postérieure à la naissance de l'enfant. La seconde malade fait également partie d'une famille de huit enfants, elle est l'aînée. Six de ses frères et sœurs sont morts en bas-âge, sans malformations, paraît-il; l'avant-dernier des enfants vit encore. Le père est atteint d'une surdité prononcée. La mortalité infantile dans cette famille rend probable ici une influence étiologique que nous n'avons pu retrouver dans l'autre cas. Chez cette fillette, âgée de quatorze ans, il y a absence congénitale de trois doigts de la main gauche et, comme presque toujours en pareil cas, c'est le pouce et le petit doigt qui subsistent, formant la pince de homard. Il y a en outre des malformations des doigts restants et de la main. Le pouce, et surtout le petit doigt, sont courts, il y a brachydactylie, le pouce a ses deux phalanges, l'auriculaire n'en a qu'une ou plutôt ses phalanges sont complètement soudées ensemble. La base de la phalange du petit doigt et surtout la tête du cinquième métacarpien sont très hypertrophiées, en raison très probablement de la suractivité fonctionnelle que le doigt doit déployer. La main ou plutôt la pince fonctionne assez bien ; l'opposition du pouce et de l'auriculaire se fait librement et avec une certaine énergie ; la flexion des doigts est très limitée.

Trois petits tubercules charnus, arrondis, pédiculés, gros comme des pois, sont disposés en étage le long du bord libre de la main compris entre le pouce et le petit doigt. Il paraît vraisemblable de les considérer comme les vestiges des doigts absents et pourtant, ils ne sont pas en rapport avec les métacarpiens ; tous trois sont fortement transportés du côté du petit doigt, si bien que le premier et le second représentent l'index et le médius correspondant plutôt aux troisième et quatrième métacarpiens qu'aux deuxième et troisième, et que le dernier se trouve développé sur la base même du repli qui part de l'auriculaire. Les métacarpiens sont très atrophiés, effilés en pointe, ils

n'ont pas de tête, et rappellent absolument ces métacarpiens qui ont été présentés dernièrement à la Société, provenant d'une pièce pathologique du service de M. le Professeur FOLET (amputation du poignet). Ce rapprochement tendrait à faire considérer comme acquise cette atrophie de l'extrémité des métacarpiens.

Dans les deux cas, les métacarpiens se sont effilés et atrophiés parce qu'ils ne supportaient pas de phalanges et ne servaient à rien. Le volume de la main est diminué, et l'avant-bras lui-même est moins long et moins volumineux que du côté sain. Il est possible que cette atrophie soit congénitale et reconnaisse la même cause que l'ectrodactylie, je la considérerai volontiers comme secondaire et consécutive à l'ectrodactylie. Tous les muscles des doigts moyens doivent s'atrophier en pareil cas s'ils existaient primitivement; la fonction fait l'organe, et les os de l'avant-bras eux-mêmes doivent aussi subir le retentissement des atrophies musculaires. Il n'y a du reste aucune autre anomalie chez la fillette présente que celle que je vous ai décrite. Si l'enfant à la première observation a une main et un avant-bras presque normaux malgré son ectrodactylie, je crois que cela tient surtout à son jeune âge et que dans l'avenir les différences entre les deux membres supérieurs s'accentueront.

L'étiologie et la pathogénie de ces malformations sont connus dans tous les cas analogues des plus obscurs, il ne s'agit pas ici d'amputations congénitales, tout au moins dans le premier cas,puisqu'il y a des ongles au bout des rudiments de doigts; il y a simplement un arrêt de développement dont la cause nous échappe, bien que la mère attribue selon l'usage la malformation à une vive émotion ressentie pendant sa grossesse. Etant enceinte de deux mois, elle aurait vu retirer de l'eau une femme noyée.

Dans l'autre cas, c'est encore une émotion vive que la mère invoque pendant la grossesse. Ces anomalies ne présentent guère qu'un intérêt de curiosité; rarement elles donnent lieu à une intervention quelconque; je serai peut-être amené chez la seconde malade à supprimer les petits tubercules digitaux disgracieux et parfois un peu douloureux à la pression en hiver; pour l'autre fillette on ne peut que se borner à recommander à la mère de forcer son enfant à se servir le plus possible de la main malade pour l'aider à se développer et en tirer au point de vue fonctionnel tout le parti qu'il est possible d'en tirer.

Une épidémie de chancre mou à Lille

Par MM. **Bertin** et **Gelé**, interne et externe des hôpitaux

Depuis quelques années, le chancre mou était devenu une affection assez rare à Lille et dans la région. Dans le service de M. le Professeur CHARMEIL, à l'hôpital Saint-Sauveur, on n'en observait depuis quatre ans qu'un ou deux cas chaque année; à Saint-Côme, dans le service des filles publiques de M. le Docteur PATOIR, un seul cas fut observé dans le courant de l'année 1898, et pas un seul en 1899. Pour les malades observés en ville, la proportion reste sensiblement la même.

L'affection semblait donc vouloir disparaître de notre région quand, dans le courant du mois de février dernier, de nombreux malades se sont présentés à l'hôpital Saint-Sauveur, porteurs de chancres mous. Le premier cas fut signalé le 20 février, à la consultation de M. le Professeur CHARMEIL. Quelques semaines plus tard, une fille soumise était envoyée à Saint-Côme, dans le service de M. Docteur PATOIR, et reconnue atteinte de chancre mou. Depuis, les cas se sont multipliés, et en l'espace de trois mois, 21 cas ont été observés, dont 15 chez M. le Professeur CHARMEIL et 6 chez M. le Docteur PATOIR.

L'affection parut d'ailleurs vouloir rester bénigne. Les ulcérations étaient peu profondes, et les plus étendues dépassaient rarement les dimensions d'une pièce de un franc. Elles avaient peu de tendance au phagédénisme: quelques cautérisations soit au chlorure de zinc, soit au nitrate d'argent ou au nitrate acide de mercure, un pansement iodoformé, et l'évolution du chancre était arrêtée. Dans certains cas même, en particulier chez une prostituée de la rue des Etaques, les seuls soins de propreté suffirent à amener la guérison. Comme complication, 5 fois sur les 21 cas nous avons observé le bubon, sans gravité d'ailleurs. Notons enfin chez quatre de nos malades l'apparition de chancres mixtes: la lésion avait tous les caractères cliniques du chancre mou, et deux mois plus tard une roséole caractéristique apparaissait. Chez deux de ces malades, le coït infectant avait été retrouvé, et il s'agissait de la même femme (toujours de la rue des Etaques) atteinte à la fois de syphilis secondaire et de chancre mou.

Il nous restait à rechercher l'origine de cette épidémie, et malheureusement nous n'avons pu obtenir de résultats satisfaisants. Les hommes avaient eu pour la plupart des rapports multiples avec des inconnues, quelquefois sur la voie publique, d'autres fois en étant ivres. Pour les femmes l'origine était encore plus difficile à établir, et il leur était impossible de porter une accusation parmi les amants d'une nuit. Peut-être le passage dans notre ville des nègres de

l'Afrique Centrale n'a-t-il pas été étranger à cette épidémie ? Nombre de femmes avouèrent en effet qu'ils trouvèrent chez elles une généreuse hospitalité : C'est une hypothèse possible, mais qu'aucune donnée sérieuse n'a malheureusement pas pu confirmer.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru qu'il était utile de signaler cette épidémie, ne serait-ce que pour prévenir les médecins de notre région qu'ils doivent s'attendre à rencontrer des cas de cette affection, facile à diagnostiquer quand on s'attend à la trouver.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Dieulafoy étudie les formes cliniques des abcès du cervelet.

Société de Chirurgie. — Suite de la discussion sur le traitement de la tuberculose rénale. D'après M. Bazy, le cathétérisme des uretères n'est ni aussi facile, ni aussi anodin que le prétend M. Albarran.

Société de Biologie. — M. Nicloux, l'alcool ingéré à 10 0/0 passe dans les différents liquides de l'organisme, lait, urine, liquide amnitique, etc.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Renon a expérimenté l'aspirine contre la fièvre des tuberculeux. Ce médicament fait tomber la fièvre mais donne des transpirations abondantes.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 22 Juin 1900

Présidence de M. Looten, président.

Fistule branchiale du cou

M. Lambret présente un individu de 57 ans, porteur d'une fistule faisant communiquer la cavité buccale avec l'extérieur, résume l'observation de ce malade et discute le diagnostic porté, fistule branchiale du cou.

Cet homme avait présenté au mois de janvier dernier de la tuméfaction un peu au-dessous de l'angle du maxillaire gauche. Cette poche fut ouverte et drainée. Deux mois après la première intervention, le malade entrait à l'hôpital avec une fistule laissant écouler tantôt du pus, tantôt un liquide filant et plus clair. La fistule est incisée, mais malgré tout elle ne s'oblitère pas. Le malade fait observer qu'à chaque déglutition il entend un sifflement et que de plus les injections poussées par l'orifice externe pénètront dans la bouche sans voir jamais toutefois les liquides ingérés s'engager dans l'orifice interne de la fistule. Le trajet fistuleux était très sinueux, se terminant à l'entrée du pharynx, n'ayant toutefois aucun rapport avec le maxillaire.

M. Lambret discute alors le diagnostic entre la fistule branchiale congénitale ou la fistule consécutive à un abcès s'étant ouvert spontanément dans la cavité pharyngienne à l'extérieur par suite de l'intervention chirurgicale. Il élimine rapidement l'abcès chaud et l'adénophlegmon, n'ayant jamais constaté de trismus, de fièvre, d'induration des tissus sous-jacents et il soutient le diagnostic de fistule branchiale, ne voyant pas une objection sérieuse dans l'âge du malade et la manifestation tardive de la fistule, puisque certaines observations en signalent à 34, 40, 50 et même 72 ans. Il s'appuie, pour démontrer son hypothèse, sur le siège de la fistule, qui est situé sur le trajet de la première fente branchiale ; sur l'orifice interne, petit, étroit, placé à côté du voile du palais, lieu de prédilection des fistules branchiales ; sur l'aspect du liquide s'échappant par moments de la fistule, aspect qui le différencie de la salive. Malgré un examen microscopique attentif on n'a pu découvrir des cellules épithéliales, ce qui ne doit pas surprendre après la longue suppuration qui a dû détruire le revêtement muqueux.

M. Lambret a essayé divers traitements sans succès. Il écarte le traitement radical, l'ablation par dissection de la paroi fistuleuse, celle-ci étant adhérente au paquet vasculo-nerveux du cou. Les injections modificatrices n'ayant rien donné, il convient de s'adresser au curage de la fistule, méthode employée avec succès par Trélat ; et, en cas d'insuccès, il aura recours à l'électrolyse.

M. Curtis discute le diagnostic de M. Lambret, voyant surtout dans ce cas une fistule développée dans un diverticule pharyngien, vestige de la première fente branchiale, ayant d'abord donné naissance à une fistule borgne interne, puis consécutivement à une fistule complète.

Des faits analogues ont été apportés à propos des diverticules œsophagiens qui ont pu adhérer à la peau et s'ouvrir à l'extérieur.

M. Le Fort signale à ce sujet les travaux de Ziemssen.

M. Moty fait remarquer qu'en règle générale c'est de la vingtième à la trentième année que les fistules s'établissent, les kystes épithéliaux étant mal supportés par l'organisme qui réagit contre eux.

Au sujet du traitement, M. Moty croit que l'on peut tenter dans ce cas l'intervention radicale. Il a dans un cas analogue disséqué tout le trajet fistuleux puis, au voisinage des gros vaisseaux, il a saisi avec une pince la muqueuse qui s'est très bien décortiquée.

Deux cas d'Ectrodactylie

La communication de **M. Le Fort** *est publiée dans le présent numéro.*

A la suite, **M. Gérard** fait remarquer que toujours les mères attribuent ces malformations à une frayeur éprouvée pendant la grossesse. Or, il est inutile de faire remarquer que souvent ces frayeurs surviennent après la formation de l'embryon.

Coïncidence d'un fibrôme utérin et d'une tumeur maligne de l'ovaire

M. Folet présente à la Société un volumineux fibrome de l'utérus enlevé chez une vieille demoiselle de 50 ans, présentant des troubles vésicaux et rectaux, et depuis la ménopause un développement considérable de l'abdomen.

La malade se décida difficilement à un examen, mais devant la gêne apportée par le développement de la tumeur elle se décida à l'intervention. Par la laparotomie, on enleva une volumineuse tumeur de l'ovaire, semi-liquide, semi-solide, contenant une masse gélatineuse, puis rapidement on fit l'ablation supravaginale de l'utérus fibromateux. Bien que la malade eût très mal supporté le chloroforme, elle se remit très vite.

M. Curtis dit que macroscopiquement la tumeur donne l'impression d'un néoplasme malin par suite de petits tubercules disséminés çà et là, mais que l'examen microscopique ne décela que du fibromyxome pur.

Monstre cœlosomien

M. Gérard montre à la Société un monstre cœlosomien recueilli en allant faire une constatation de décès. C'était un véritable musée pathologique, anencéphale, spina bifida, pied-bot double, organes abdominaux et utérus dans une poche antérieure.

M. Gérard n'a recueilli aucun renseignement précis sur les parents, mais n'a pu constater la syphilis.

Lipomatose de l'épiploon

M. Curtis fait part aux chirurgiens de la Société du résultat de l'examen d'une tumeur graisseuse enlevée de l'abdomen d'une vieille femme et présentant tous les caractères de l'épiploon, adhérant à l'intestin et contenant en un point un peu de pus. M. Curtis en fait un véritable lipome de l'épiploon.

M. Lambret a vu un cas analogue. Après ablation de la tumeur épiploïque, on trouva dans son centre un peu de pus et une soie qui avait servi, au cours d'une intervention pour épiplocèle, à suturer l'épiploon avant sa section.

M. Le Fort fait remarquer que l'épiploon réagit comme tout l'organisme contre l'infection et que par suite il fait facilement de l'épiploïte graisseuse.

P. V.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Nouveau procédé d'administration de la potion de Rivière

Le fait s'est passé dans un milieu où la faculté de comprendre n'est pas toujours très développée, où l'ordonnance, pour être bonne, doit avant tout être claire et bien expliquée. Et encore! combien souvent, ô mes confrères ruraux, après avoir trois ou quatre fois indiqué le *modus faciendi*, avez-vous vu la figure du paysan s'allonger en proportion directe des explications fournies, pendant qu'il tenait entre ses doigts calleux la consultation fraîchement écrite et si longuement commentée! Combien souvent le pharmacien doit-il après vous fournir encore ses lumières? « Ceci c'est bien pour me frictionner, et cela pour boire ? » Les uns font dissoudre les pilules pour les prendre plus aisément, ou cuire à l'instar des petits pois.... par ressemblance. D'autres, paraît-il, mettent à la friture les sangsues et les avalent.

Je reviens à la question, c'est-à-dire à la potion de Rivière. C'est le vrai *pont-aux-ânes* à la campagne, et la source de nombreuses difficultés. Songez donc, *une* potion en *deux* flacons! Faire comprendre ce problème est parfois aussi malaisé que de combattre le désir de prendre les doses doubles dans l'espoir d'une guérison deux fois plus rapide.

Le praticien explique, *à grand renfort de gestes*, que la potion se forme seulement au moment du mélange des deux liquides dans l'estomac ; là (*il se frappe dans le creux épigastrique*).

Et le paysan rêveur... « Le contenu des deux fioles doit se rencontrer là (*il se frappe dans le creux épigastrique*).

Enfin, après mûre réflexion, après avoir consulté sa femme, les voisines et... peut-être aussi l'instituteur et le garde-champêtre, notre homme relève la tête de l'air d'Archimède disant *euréka !* boit le n° 1... et prend le n° 2 en lavement.

De cette façon, je suis bien sûr qu'elles ne se rencontreront que là (*il se frappe le creux épigastrique d'un air satisfait, et patiemment attend le résultat*).

Pour l'homme simple, pas de *barrière d'apothicaire !*

(*Lyon médical*).

La Barbe et l'Hygiène

Pour mieux lui rappeler ses aïeux humiliants, la Nature a gratifié l'homme de la barbe. Celui-ci, se prévalant avec orgueil d'un ornement spécial à son sexe — et encore pas toujours — s'en est targué devant la femme comme d'un insigne indiscutable de commandement et de supériorité. Un peu de réflection et d'étude le ramènerait sûrement à plus de modestie.

A l'époque où le costume de l'homme consistait uniquement à étendre sur sa peau la fourrure d'un animal fraîchement tué, son système pileux était développé, de la tête aux pieds, avec une abondance que nous qualifierions aujourd'hui de désolante. Elle était alors strictement nécessaire. Quand le vêtement s'est substitué à la toison naturelle, il l'a usée dans les parties frottées, ainsi qu'on l'observe chez les singes que l'étroitesse de nos cages oblige fréquemment à s'asseoir. La figure échappant à ces frottements, et pour cause, a conservé la bourre du tissu primitif. De là, la barbe, qui a pu même augmenter en ampleur par l'accaparement de la sève pileuse : celle de Meissonier, qui exigeait un sac spécial, eut très probablement stupéfié nos ancêtres préhistoriques.

Si, pour lui épargner le ciseau et le rasoir, on se réclame de la Nature, qui a bon dos, on demandera pourquoi on contrarie cette brave Nature en coupant ses ongles, qui, abandonnés à leur libre croissance, peuvent dépasser un mètre de long et supprimer le sens du toucher.

En ce qui concerne la barbe, nous pourrions dire que depuis les Egyptiens jusqu'à nos jours, on l'a tantôt coupée, tantôt laissée croître, avec une inconstance toute particulière de la mode. Mais nous ne sommes pas ici pour parler de modes, pas plus que de Constantin, qui proscrivit la barbe, ou de Clovis, qui en fit un attribut royal.

Que vaut-elle au point de vue de l'hygiène ? Elle ne vaut pas cher. A peine, sous forme de grosses moustaches, ombrageant les lèvres, peut-elle invoquer le service de s'opposer à l'introduction d'un air trop froid dans les poumons ; et encore ne faudrait-il pas trop s'y fier.

En revanche, à moins de soins de propreté assujétissants, elle est sale, et physiologiquement, c'est un filet à microbes. Il est évident que l'aspiration de l'air tend à y accumuler toutes les poussières comme dans un balai ; que les moindres traces d'aliments, liquides ou solides, la souillent à en faire un objet de dégoût ; que les odeurs, bonnes ou mauvaises, y élisent domicile ; que les humidités y séjournent, et enfin que la paresse de se raser est le seul argument à mettre en avant par ceux qui la prônent. Au point de vue bactériologique, elle est presque fatalement le réceptacle des microbes dangereux, auxquels elle sert, tout à la fois, d'habitat et de véhicule.

Ayons donc le courage de déclarer que nous ne la comprenons pour personne, et moins encore pour le militaire et le médecin ; deux existences d'ailleurs comparables par leur contact forcé avec les promiscuités.

Le soldat n'a pas qu'à faire la guerre aux humains ; sa baïonnette est impuissante contre les infiniment petits parasitaires. Hélas ! le camp et la caserne sont loin de ressembler à des boudoirs épurés !

Et le médecin ? Voyez-vous le docteur barbu sortant d'une clinique de varioleux ou de pestiférés, et s'approchant d'une malade pour l'ausculter ! Eût-il la propreté de l'hermine, peut-il répondre des odeurs et des microbes traîtreusement dissimulés dans sa barbe ? Interrogez les étudiants en médecine porteurs de barbe sur la tenacité de certains aromes répandus dans les salles de dissection...

Reste l'absurde préjugé que le développement du système pileux coïncide avec celui des forces. Dans ce cas, nous renvoyons les fanatiques du poil à Antomarchi, qui fit l'autopsie de Napoléon : le vainqueur de Wagram n'avait pas un poil sur la poitrine. Il n'en avait pourtant pas non plus dans la main.

(*Journal d'Hygiène.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les chirurgiens-dentistes et le service militaire

A la suite du dernier Congrès dentaire national tenu à Paris, divers vœux relatifs au service militaire des chirurgiens-dentistes avaient été soumis au Sénat par voie de pétition. La quatrième commission des pétitions de cette assemblée les renvoya à l'examen du ministre de la guerre, et voici la réponse que M. le général de GALLIFFET fit à cette communication :

J'ai l'honneur de vous exposer ci-après les observations auxquelles ces vœux ont donné lieu de la part du comité technique de santé de l'armée :

« Ces revendications ne sont pas nouvelles; elles datent de la loi de 1889, qui a catégorisé certaines classes de dispensés appartenant aux arts dénommés jusque-là et aujourd'hui encore libéraux.

Les jeunes gens dispensés de l'art. 23 ne sont exemptés de deux années de service que parce que l'Etat n'a pas voulu mettre un obstacle trop pénible à l'instruction professionnelle supérieure qu'ils poursuivent : encore la loi a-t-elle spécifié que, dans un délai déterminé, ils devraient justifier des diplômes obtenus, sous peine de retomber sous le coup de la loi de recrutement pour parfaire le temps de service qu'ils doivent à l'Etat. Peut-on comparer les étu-

des spéciales de ces jeunes gens à celles que doivent faire les dentistes ? Localisées dans le cercle étroit des maladies de la bouche, plus exactement même des dents, ces connaissances sont vite et rapidement acquises, et le manœuvre, rendu adroit par une pratique courante, peut en peu de temps,donner au maniement des instruments du métier des apparences d'une opération chirurgicale.

Le dentiste argue d'un diplôme obtenu aisément pour se dérober ensuite au service ; au contraire, les dispensés de l'art. 23 ne sont dispensés du service que pour obtenir ces diplômes, et ils doivent dans un temps strictement limité, les obtenir pour justifier la faveur dont ils ont été l'objet.

Les étudiants en médecine ne sont nommés médecins auxiliaires qu'après trois années d'études et lorsqu'ils ont satisfait, en outre, à un examen probatoire tout spécial. Mais on est en droit de se demander ce qu'il y aurait lieu d'attendre de spécialistes dont l'unique fonction a toujours été et ne saurait être que celle de soigner les dents.

Et quels services les dentistes rendraient-ils donc, en temps de guerre, dans les ambulances et dans les hôpitaux ? L'art dentaire, de quelque distinction qu'il puisse paraître à ses adeptes, n'a que faire au jour du combat : leurs connaissances essentiellement restreintes ne les rendent même pas aptes au service des brancardiers.

Il semblerait, à entendre ces revendications, que le service de santé militaire ne s'occupe pas de l'art dentaire dans les régiments. Or, la nomenclature générale comprend une boîte n° 7 aussi complète qu'on peut le désirer ; cette boîte fait partie de l'arsenal de tous les hôpitaux militaires, et les instruments de chirurgie dentaire qui la composent doivent se trouver dans toutes les infirmeries régimentaires.

Les médecins militaires reçoivent, à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon comme à l'école d'application du Val-du-Grâce, une instruction spéciale à ce sujet ; des conférences leur sont faites, et ils mettent en pratique journellement les notions qu'ils ont acquises.

Enfin, le ministre de la guerre a fait publier dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* un cours complet d'odontologie rédigé par le professeur agrégé Moty, et approuvé par le comité technique de santé ».

Pour tous ces motifs, il n'y a pas lieu de donner suite à la pétition dont il s'agit.

NOUVELLES & INFORMATIONS

XIIIe Congrès International de Médecine, Paris, 2-9 août 1900. — En raison du désir exprimé par M. le Président de la République de clôturer le Congrès, le Programme des Fêtes se trouve un peu modifié et arrêté définitivement de la manière suivante :

2 Août. — Fête offerte par M. le Président du Conseil, au nom du Gouvernement.

3 Août. — Réception (sur invitation) par M le Président du Congrès.

5 Août. — Fête offerte aux Membres du Congrès par le Bureau et le Comité d'organisation du Congrès au Palais et dans les Jardins du Luxembourg.

7 Août. — Fête offerte par le Conseil Municipal, dans les Salons de l'Hôtel de Ville.

9 Août. — Fête offerte par M. le Président de la République, au Palais de l'Elysée.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Syndicat médical de Lille vient de voter la protestation suivante :

Le Syndicat de Lille et de la région proteste contre la violation du secret professionnel, qui est imposée aux médecins par l'art. 15 de la loi du 1er décembre 1892 ;

Invite les pouvoirs publics à poursuivre la suppression dudit article et son remplacement par une loi sur l'hygiène publique ;

Approuve le principe de la nécessité de la déclaration des maladies contagieuses et épidémiques, à la condition que celle-ci soit imposée aux malades, c'est-à-dire à leurs parents ou à défaut de ceux-ci, au logeur ;

Se déclare prêt, sur ces bases, à seconder de tous ses efforts les mesures prises par l'Administration dans l'intérêt de la santé publique.

Le lundi 18 juin s'est ouvert le concours pour deux places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires en pharmacie des hôpitaux de Lille, sous la présidence de M. Houdoy, Administrateur, et de MM. le docteur Thibaut, pharmacien en chef ; Bouriez et Delahaye, pharmaciens de 1re classe.

A l'épreuve écrite, cotée 60 points, la question tirée au sort comportait : 1° *Cuivre, zinc, argent. — Composés usuels. — Réactions caractéristiques.* 2° *Teinture, alcool, alcoolats.*

Les questions restées dans l'urne étaient : a) *Chlore et composés oxygénés. — Vins médicinaux.* b) *Bismuth. Composés usuels. — Réactions caractéristiques. Essai du sous-nitrate. — Sucs végétaux. Extraits.*

L'Epreuve orale ayant été cotée 20 points, la reconnaissance de vingt substances simples ou composées employées en pharmacie, ayant été cotée 40 points, les candidats devaient obtenir un minimum de 60 points pour être admis.

MM. Lequimme avec 90 points, Dumont, 64 points, Baillot, 60 points, furent proposés ; les deux premiers, comme internes titulaires, le troisième comme interne interne provisoire. Deux autres candidats ne furent pas proposés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — M. le docteur Sevestre a été élu membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Société anatomique. — Ont été *élus* membres-adjoints : MM. les docteurs Marion, Garnier, Fossard et Funck-Brentano ; membres correspondants : MM. les docteurs Bonnus et Durrieux.

Académie des Sciences. — M. le docteur Alfred Giard est élu membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. M. Giard fut chargé de cours d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lille, de 1876 à 1882, et il nous est agréable de le féliciter de cette élection.

HOPITAUX

Lyon. — M. le docteur Paviot est nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

Rouen. — M. le docteur C. Nicolle est nommé médecin chef de service à l'hospice général.

Distinctions honorifiques

A été nommé dans l'ordre du **Mérite agricole**, chevalier : M. le docteur Lombard (de Paris).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Contancin, sénateur de la Haute-Vienne ; Hinglais, médecin de colonisation à Ouled-Soltan (Algérie) ; P. Marès, d'Alger (Algérie) ; Hagenmüller, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Asselineau, de Béziers (Hérault) ; Dusault, de la Rochelle (Charente-Inférieure).

Frœreisen, étudiant en médecine à Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Spinnewyn, étudiant en médecine, plusieurs fois lauréat des Facultés des sciences et de médecine, mort à 23 ans ; ses nombreux camarades et ses professeurs, qui appréciaient son caractère et ses promesses d'avenir, adressent à sa malheureuse mère la manifestation douloureuse de leur sympathie ; en accompagnant son cercueil à Calais, ils ont donné la mesure de la sympathie qu'ils éprouvaient pour lui.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

24me et 25me semaines, du 10 au 23 Juin 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	10
3 mois à un an	9	7
1 an à 2 ans	8	3
2 à 5 ans	3	6
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	3	3
20 à 40 ans	13	15
40 à 60 ans	11	23
60 à 80 ans	15	21
80 ans et au-dessus	2	5
Total	78	96

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	2	»	»	1	»	1	»	»	»	»	3	10	21
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	14	21	25
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1	5	»	»	2	»	»	»	1	»	10	23	43
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	»	»	»	2	3	1	4	»	»	8	»	»	»	2	»	11	32	55
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	4	»	»	»	»	»	4	9	20
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	»	»	3	4	1	1	»	»	3	»	»	»	2	»	3	18	25
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	4	»	»	1	»	»	10	19	17
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	4	»	1	»	»	»	8	16	19
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	1	»	2	2	1	»	»	»	5	»	1	»	»	»	6	19	43
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	5
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	7
Total	»	2	»	1	»	1	»	12	17	9	16	»	1	32	1	2	1	5	»	74	174	280

N° 182. Quatrième Année. N° 27. Le Numéro : **10** centimes. 8 Juillet 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'exentération ignée dans la panophtalmie (1)

par le professeur **De Lapersonne**

J'ai été pendant longtemps partisan convaincu de l'énucléation dans la panophtalmie, rien ne me paraissant supérieur à l'ablation de l'organe malade pour arrêter le mal. Mais le cas de mort que j'ai eu à enregistrer, et que j'ai publié dans les *Archives d'ophtalmologie* (2), m'a singulièrement refroidi. Il s'agissait cependant d'un cas qui ne semblait pas très grave en apparence. Le traumatisme datait de quelques jours et l'iridocyclite purulente n'était pas très avancée ; l'enfant voyait encore, il n'y avait presque pas de réaction, et à l'ouverture du globe nous avions trouvé un *trouble commençant* du corps vitré. Malgré cela l'enfant était emporté quatre jours après par une méningite purulente à pneumocoques. Si de tels accidents peuvent se produire lorsqu'une petite partie de l'œil seulement est prise, et lorsqu'aucun signe ne permet de songer à un retentissement sur l'orbite, que dirons-nous des cas où l'œil est transformé en une poche purulente par un phlegmon total du globe, avec chémosis intense, douleurs atroces, gêne des mouvements de l'œil et même élévation de température.

Faut-il alors se contenter des opérations palliatives, des larges incisions sclérales qui vident à peine le pus et laissent persister les surfaces suppurantes. D'ailleurs, comme le fait remarquer M. de WECKER (1), on obtient ainsi des moignons irréguliers ou sensibles au contact de l'œil artificiel, et on se voit parfois contraint de soumettre le malade à une opération, l'énucléation, à laquelle il espérait échapper en endurant pendant de longues semaines des douleurs intolérables.

Le curage de l'œil, avec fortes injections antiseptiques, proposé par M. CHIBRET (2), n'a pas paru un moyen plus efficace et plus complet. Il ne débarrasse pas la coque sclérale de toutes les parties dangereuses, en particulier de la membrane uvéale.

C'est précisément le but que se propose *l'exentéra-*

(1) Extrait d'un travail présenté à l'*Académie de Médecine*, par le prof. PANAS. Séance du 10 avril 1900, et publié dans les *Archives d'ophtalmologie*, XX, p. 289.

(2) DE LAPERSONNE. — Méningite à pneumocoques après l'énucléation et les opérations orbitaires. Société française d'ophtalmologie et *Archives d'ophtalmologie*, 1897.

(1) WECKER. — *Traité complet d'ophtalmologie*, II, p. 466.

(2) CHIBRET. — Curage de l'œil. *Soc. franç. d'ophtalm.*, 1892.

tion ou éviscération du globe, proposée par A. GRÆFE, en 1884 (1). Cette opération, très discutée au début, paraît avoir gagné à sa cause, depuis quelques années, de chauds partisans en France et plus encore à l'étranger. Elle n'est cependant pas exempte de dangers, puisqu'on signale des cas de mort, et sans aller jusque là elle produit presque toujours une réaction violente, du chémosis, des douleurs souvent très vives. Aussi a-t-on cherché à modifier le procédé primitif, surtout dans la panophtalmie. La crainte d'ouvrir des voies lymphatiques a fait remplacer la curette tranchante par la curette mousse ; on s'est même contenté de vider le contenu du globe avec de petites éponges. On a abandonné la suture sclérale, même la suture conjonctivale.

Un de ceux qui me paraissent avoir le mieux réglé la technique opératoire de l'exentération, c'est le professeur GUAITA (de Sienne). Je demande la permission de donner son procédé avec quelques détails pour montrer les différences capitales qui séparent sa manière de faire de celle que j'ai adoptée.

Le professeur GUAITA (2) pratique l'exentération de la façon suivante : après excision totale de la cornée, il introduit dans la cavité oculaire de petites éponges qui, par un mouvement de torsion, détachent et enlèvent facilement la totalité des membranes *s'il n'y a pas d'adhérences pathologiques de la choroïde et du corps ciliaire*. Après irrigations prolongées avec une solution froide de sublimé, pour arrêter le sang, il cautérise la surface interne de la sclérotique, particulièrement la région papillaire, avec le bouton d'un thermocautère assez large, à surface convexe et à manche court, chauffé au rouge. Il est bon cependant de s'en tenir à une cautérisation superficielle pour éviter une eschare trop profonde qui tarderait à se détacher et prolongerait ainsi le temps nécessaire à la guérison. Le fer rouge, d'après GUAITA, arrête l'hémorrhagie, assure l'antisepsie, détruit les terminaisons des nerfs arrachés et obstrue les petits vaisseaux veineux et lymphatiques. Cet auteur ne fait de suture ni de la conjonctive, ni de la sclérotique, et introduit dans la cavité scléroticale, un ruban de gaze au sublimé. Par ce procédé la réaction consécutive à l'exentération serait *presque* complètement évitée.

Presque en même temps, M. FAGE (3) conseillait devant la Société d'ophtalmologie, s'il persistait un suintement sanguin, de *toucher très légèrement* la surface interne de la sclérotique avec une petite boule olivaire du thermocautère, cette cautérisation ayant l'avantage de provoquer l'oblitération des vaisseaux, de détruire les terminaisons des nerfs arrachés et de parfaire l'antisepsie. Partisan convaincu de l'exentération, M. FAGE reconnaissait cependant que l'œdème et la douleur post-opératoires sont très prononcés si on opère en plein phlegmon, et il déconseillait cette opération si le processus infectieux tendait à dépasser les limites du globe oculaire.

Malgré l'emploi très judicieux du thermocautère, l'opération ainsi comprise est susceptible du reproche capital que l'on fait à l'éviscération, c'est-à dire l'ouverture large de vaisseaux sanguins et de voies lymphatiques, la persistance de débris de membranes qu'une cautérisation légère au thermocautère ne me paraît pas pouvoir détruire ou oblitérer complètement.

C'est du thermocautère seul que je me sers dans les cas de panophtalmie pour produire une cautérisation profonde de toute la cavité oculaire. Certes, l'emploi du fer rouge dans les ophtalmies n'est pas une nouveauté : je crois même que les vétérinaires nous ont précédés dans cette voie.

Il y a longtemps que j'ai vu mon maître, le professeur PANAS, faire d'énergiques cautérisations du globe de l'œil dans le cas de panophtalmie et il a rappelé cette pratique dans son *Traité classique* (1).

Mais tout cela ne me paraissait pas encore suffisant et j'ai voulu régler méthodiquement une opération que l'on pourrait appeler *l'exentération ignée* et que je pratique de la façon suivante :

Le malade est endormi au chloroforme ; une seule fois j'ai fait l'opération avec anesthésie à la cocaïne, chez un vieillard de 76 ans, cachectique, ayant de fréquentes intermittences cardiaques.

Avec un couteau de GRÆFE ou un bistouri on sectionne transversalement la cornée, dépassant même un peu les limites ; deux coups de ciseaux, en haut et en bas, complètent une incision cruciale. Il me paraît inutile de faire l'ablation de la cornée et du segment antérieur. Ces quatre volets de la cornée une fois antiseptisés par le feu, se réunissent fort bien et contribuent à rendre le moignon plus régulier. Mais cette incision cruciale préalable est indispensable, car sans elle, l'introduction du thermocautère serait presque impossible, le tissu cornéen se rétracterait sur le thermocautère rougi et empêcherait toute manœuvre dans le globe oculaire.

Lorsque le pus s'est écoulé et qu'on a enlevé le cristallin, *sans toucher aux membranes*, on introduit dans la cavité de l'œil un gros thermocautère de chirurgie générale, en forme de couteau, rougi à

(1) A. GRÆFE. *Association des médecins allemands*, 1884.

(2) GUAITA (Siena). Étude anatomo-clinique sur l'exentération du globe de l'œil. *Atti della R. Ac. dei Fisiocritici*, série 4, II. — analyse in *Arch. d'ophtalmologie*, 1892, p. 189, par ANTONELLI.

(3) FAGE. — Valeur et indication de l'exentération du globe oculaire. *Bullet. et Mém. de la Soc. fr. d'ophtalmol.*, 1892, p. 138.

(1) PANAS. — *Traité des maladies des yeux*, I, p. 367.

blanc, et on lui imprime un mouvement de circumduction pour toucher toutes les parties de l'œil. Le fin thermocautère dont nous nous servons en chirurgie oculaire ne serait pas suffisant, à plus forte raison le galvanocautère. Plusieurs fois le thermocautère est retiré, chargé de débris de membranes, de corps vitré, de caillots purulents, et introduit de nouveau, lorsqu'il est rougi à blanc ; on insiste particulièrement sur la cautérisation de la région papillaire. L'opération est terminée par une injection de sublimé ou de cyanure au 1/2000, injection qui a surtout pour but d'entraîner les parties carbonisées restées dans la coque oculaire. Bien entendu, il n'y a aucune suture à faire. L'ouverture de l'œil est bourrée de poudre d'iodoforme. Pansement occlusif.

Le premier effet de cette opération c'est la cessation complète, absolue de la douleur. Il est merveilleux de voir les malades, dès qu'ils sont réveillés du sommeil chloroformique, accuser un grand bien-être par suite de la disparition des souffrances atroces qu'ils avaient avant l'intervention. C'est ce qui se produit dans le cas d'énucléation bien réussie, et c'est ce qui n'a malheureusement jamais lieu avec l'exentération : les douleurs étant quelquefois plus violentes qu'avant l'opération. La sécrétion est assez abondante pendant deux ou trois jours, par suite de l'élimination des débris escharrifiés, aussi est-il bon de renouveler le pansement iodoformé deux fois par jour. Pendant quelque temps j'ai fait des irrigations intraoculaires les jours suivants ; j'y ai renoncé, trouvant que ces lavages sont inutiles, car la cicatrisation se fait aussi vite. Le chémosis et le gonflement de la paupière supérieure diminuent rapidement, et du 10e au 20e jour, suivant l'état antérieur de l'œil, la cicatrisation est complète. Le moignon est régulier, très réduit, mais gardant la forme de l'œil avec, en avant, une petite cornée leucomateuse, sur laquelle on peut voir souvent deux lignes plus blanches en croix, traces de l'incision. Il n'est nullement douloureux et peut recevoir facilement un œil artificiel qui jouit des mouvements, comme dans l'exentération ou l'ablation du segment antérieur.

Il est à peine besoin de dire, je pense, que l'opération se fait sans une goutte de sang. La membrane uvéale, si vasculaire et qui saigne si abondamment dans l'exentération, est *volatilisée* (comme les hémorrhoïdes dans l'opération de Richet). Elle adhère au thermocautère et il faut plusieurs fois le retirer pour le débarrasser des lambeaux infiltrés de pus.

Ce n'est pas seulement par destruction, mais c'est aussi par rayonnement que le fer rouge agit pour antiseptiser toute la coque oculaire, et il est remarquable de voir la cornée, qui paraissait complètement infiltrée de pus et nécrosée, reprendre une certaine apparence et se cicatriser. C'est encore par rayonnement que le feu agit sur la sclérotique et sur les espaces lymphatiques entourant le globe. Il détruit dans la capsule de Tenon les germes infectieux et arrête net les menaces de phlegmon de l'orbite.

La paroi interne de la sclérotique reste lisse et résiste assez bien à l'effet de la cautérisation. Il est facile de s'en convaincre en répétant, comme je l'ai fait, l'opération sur des yeux de cadavres ou sur des animaux. Il suffit sur le cadavre d'une seule introduction du thermocautère rougi pour retirer tout le contenu du globe, le cristallin excepté, qui se dessèche et se ratatine, mais n'est pas entraîné au dehors. C'est pour cela qu'il faut l'enlever après l'incision cruciale, avant la cautérisation, pour ne pas laisser dans la coque ce corps étranger.

Quant aux *indications de l'exentération ignée*, on peut dire que les cas les plus graves sont les mieux indiqués : tuméfaction énorme des paupières, chémosis dépassant la fente palpébrale, infiltration totale de la cornée avec perforation et suintement purulent ; douleurs très violentes ; immobilisation même du globe et exophtalmie. Chez une petite fille, dont j'ai rapporté l'observation, le phlegmon orbitaire, qui s'accusait par des signes non douteux, s'est arrêté net et tout est rentré petit à petit dans l'ordre après l'opération.

Tous les cas de panophtalmie sont donc justiciables de cette opération, que l'infection ait été exogène (iridochoroïdite purulente traumatique, kératite à hypopyon, kératite neuroparalytique), ou que l'infection ait été endogène (iridocyclite purulente sur des yeux présentant des leucomes adhérents ou des staphylomes, choroïdites métastatiques, neurorétinites septiques).

La difficulté serait plutôt de savoir où commencent les indications. Voilà un œil qui présente une iridocyclite traumatique : la cornée est peu transparente, les lèvres de la plaie sont infiltrées, l'iris verdâtre, la pupille chatoyante, mais les douleurs et le chémosis sont peu intenses et le malade distingue encore la lumière : faut-il faire d'emblée l'exentération ignée ? Pour l'exentération ordinaire ou pour l'énucléation la réponse ne serait pas douteuse, le danger étant plus considérable quand la panophtalmie est plus avancée.

Un des grands avantages de notre intervention est précisément de permettre d'attendre sans inconvénient. On peut alors essayer les injections sous-conjonctivales et tous autres moyens : on n'intervient par l'exentération ignée que lorsqu'on est assuré que l'œil est définitivement perdu. J'ai présents à la mémoire deux cas de traumatismes industriels dans lesquels la réaction inflammatoire était assez violente pour nous faire craindre une panophtalmie rapide : convaincu qu'au moyen de l'exentération ignée, nous pourrions arrêter tout cela, j'ai pu avec plus de sécurité instituer un traitement antiseptique et j'ai été assez heureux dans l'un et l'autre cas pour conserver, si ce n'est la fonction, du moins l'organe sans avoir à faire une opération.

Si l'œil ne distingue plus la lumière, les indications principales viennent surtout de l'augmentation rapide du chémosis et des douleurs spontanées ou qui se réveillent dans les mouvements du globe. Les indications seront plus pressantes encore si l'examen bactériologique révèle à la surface de la plaie ou dans le pus de la chambre antérieure des pneumocoques, des streptocoques ou des associations microbiennes.

Dans une opération de cataracte avec infection (on en trouve encore !) si la cautérisation au galvanocautère des lèvres de la plaie n'a pas arrêté le processus suppuratif, l'exentération ignée arrêtera toute douleur sans faire courir aucun risque au malade.

Jusqu'ici j'ai limité les indications de l'exentération ignée à la panophtalmie, à la suppuration du globe. Je ne l'ai pas encore essayée dans les cas d'iridocyclite plastique douloureuse, faisant craindre l'ophtalmie sympathique du côté opposé. Je trouve d'ailleurs que, dans ce cas, rien ne vaut l'énucléation faite à temps : elle n'a pas ici les mêmes dangers que dans les cas de suppuration.

Dans le travail présenté à l'Académie de médecine au mois d'avril dernier, j'ai publié 9 observations montrant les résultats excellents de cette opération. J'ai eu depuis deux nouveaux cas de phlegmon de l'œil, se présentant dans des conditions de gravité toutes particulières, et où l'exentération ignée a arrêté tous les accidents.

Je pense donc qu'on peut conclure que l'exentération ignée, c'est-à-dire la destruction méthodique par le thermocautère de toutes les parties suppurantes contenues dans la coque oculaire, après incision cruciale de la cornée, est indiquée dans tous les cas de panophtalmie, même les plus avancés.

Le thermocautère agit non seulement par destruction de la membrane uvéale qui sécrète le pus, mais par chaleur rayonnante ; il stérilise pour ainsi dire les tissus de l'orbite.

Les douleurs sont immédiatement calmées et les suites de l'opération sont très simples. La conservation d'un moignon petit, mais très régulier, permet l'usage d'un œil artificiel.

L'exentération ignée me paraît devoir remplacer, dans tous les cas de panophtalmie, l'énucléation aussi bien que l'exentération ordinaire.

Réflexions sur l'emploi de la médication thyroïdienne dans les fractures

Par le Dr Lambret

La communication de MM. Carrière et Vanverts à la *Société de Médecine du Nord*, concernant l'action de la thyroïdine sur la consolidation des fractures, rappelle notre attention sur ce sujet. Dans le service de notre excellent maître le professeur Folet, on a beaucoup employé et — tout en restreignant ses indications — on emploie encore la médication thyroïdienne ; à la Société de Médecine je suis à diverses reprises revenu sur cette question (1), je puis donc profiter de cette circonstance pour en parler en connaissance de cause.

Prenons d'abord la médication thyroïdienne dans les fractures récentes, c'est le point particulier étudié par MM. Carrière et Vanverts dans leurs expériences. Ces auteurs concluent à l'inefficacité de la méthode chez les lapins. Nous croyons qu'ils ne sont pas loin de la vérité et qu'on peut vraisemblablement étendre leurs conclusions à l'espèce humaine. Nos premiers résultats nous avaient, hélas, fait espérer beaucoup mieux. On commençait à parler de l'action de l'ingestion de la glande thyroïde dans les retards de consolidation ; il y avait précisément un de ces cas dans le service, on employa la médication, le résultat en fut surprenant, et M. Folet a rapporté en son temps cette observation (2). Je fus très frappé par ce brillant succès et je me demandai dès lors si le même traitement n'agirait pas également dans les fractures

(1) Séances des 12 mai, 13 et 27 octobre 1899.
(2) Folet. *Echo médical du Nord*, 29 janvier 1899.

récentes. L'occasion de vérifier cette hypothèse ne tarda pas à se présenter.

A quelques jours de là, je vis, quelques instants après son accident un homme atteint de fracture oblique de jambe, je le mis immédiatement dans un plâtre et lui donnai environ 30 centigrammes de corps thyroïde par 24 heures. Le 17e jour la jambe était solide et le 22e cet homme venait à pieds apporter sa radiographie à la Société de médecine, où tout le monde pouvait constater une consolidation parfaite. Bien entendu, je me contentai de signaler le fait en m'abstenant de conclure. Quelques jours plus tard, j'observais une fracture de jambe absolument irréductible que je fus obligé de traiter par la suture; chez ce malade la médication thyroïdienne fut complètement sans action; une troisième occasion s'offrait bientôt, un blessé entrait à l'hôpital atteint d'une fracture de jambe d'un côté, d'une fracture de cuisse de l'autre; on prescrivit la glande thyroïde, les deux fractures se consolidèrent en 20 jours. Ces trois observations, deux succès, un insuccès, sont relatées dans la thèse de VANHEDEGHEM (1). A ce moment nous ne posions bien entendu encore aucune conclusion ferme, mais nous n'étions pas éloignés de croire qu'il existait une relation entre l'ingestion de corps thyroïde et ces consolidations que nous qualifions d'extra-rapides. Mais les cas qui suivirent nous forcèrent à modifier notre opinion et sept ou huit observations consécutives furent des insuccès. Le rêve un instant caressé s'évanouissait et il nous apparaissait nettement que l'opothérapie thyroïdienne n'était pas de nature à hâter la consolidation des fractures récentes. Bien plus, à cette époque un fait important survint, qu'en toute impartialité d'ailleurs, je rapportai à la Société de médecine comme un cas de consolidation extra-rapide sans ingestion de thyroïdine. Il était entré à l'hôpital un homme atteint d'une fracture de cuisse au 1/3 inférieur très facilement réductible, aussi fut-il placé dans un appareil plâtré, le contrôle radiographique devait nous renseigner sur le maintien et la suffisance de la réduction. Il se trouva que l'appareil ne fonctionnait pas à ce moment, la cuisse ne fut exposée aux rayons X que 16 jours plus tard et nous ne pûmes avoir sous les yeux l'épreuve positive que le 20me jour; celle-ci nous montra que la coaptation était loin d'être bonne et que les fragments chevauchaient de plus de trois centimètres. L'appareil plâtré fut aussitôt levé pour être remplacé par un appareil à extension continue. Mais, hélas, il n'y fallait plus songer, la cuisse était parfaitement solide et on ne pouvait souhaiter consolidation plus parfaite; nous dirons même qu'en présence de l'impossibilité absolue d'imprimer au cal le moindre mouvement, il nous parut évident que la consolidation remontait déjà à plusieurs jours.

Depuis lors, la glande thyroïde n'a plus guère été donnée d'une façon systématique dans le service du professeur FOLET, dans les fractures récentes; aussi est ce sans arrière-pensée que nous déclarons que, dans ces cas, son action, si elle n'est pas complètement nulle, est tout au moins fort douteuse. On pourrait nous répondre que tous les faits négatifs du monde ne sont pas capables de détruire un fait positif. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point particulier.

Une action qui n'est pas niable, c'est celle qu'exerce la glande thyroïde sur la nutrition du système osseux. Dans un premier article paru dans ce journal (1) nous en avons fourni d'indéniables preuves cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales. Nous les rappellerons très succinctement:

L'idiot myxœdémateux, le crétin sont des nains par suite d'un arrêt de croissance des os; certains basedowiens présentent une fragilité et une porosité remarquable du système osseux; les animaux jeunes auxquels on enlève la glande thyroïde ne grandissent plus, et leurs cartilages de conjugaison sont le siège d'une dégénérescence et d'une diminution de la prolifération cellulaire; de même chez l'homme quand la thyroïdectomie est pratiquée dans l'enfance, outre les autres symptômes possibles de myxœdème, il se produit un arrêt fatal dans la croissance. Chez les myxœdémateux jeunes qu'on soumet à la médication thyroïdienne, on observe un accroissement parfois rapide de la taille, de même chez les enfants retardés, c'est ainsi qu'un malade de St-Philippe grandit de sept centimètres en six semaines. Bien plus, dans ces cas, la radiographie et l'histologie ont montré qu'il se produit des modifications au niveau des cartilages de conjugaison qui sont le siège d'une congestion et d'une suractivité nutritive manifestes. Nous ajouterons que HANAU et STEILEN ont constaté que chez les animaux éthyroïdés, les fractures se réparaient d'une façon très lente avaient un cal d'un très petit volume qui restait cartilagineux très longtemps. Nous

(1) Thèse Lille, 1899-1900.

(1) *Echo médical*, 11 juin 1899.

sommes heureux d'apprendre les résultats expérimentaux de MM. CARRIÈRE et VANVERTS ; on nous croira si nous disons que, dès nos premiers succès, nous avons eu, nous aussi, l'idée de faire quelques expériences et nous ajouterons que notre excellent maître, le professeur FOLET, nous y poussait vivement. Le temps et les moyens de les mener à bien nous ont malheureusement manqué ; mais les expériences de HANAU et STEILEN sont de celles que nous aurions le plus volontiers reprises et contrôlées, et nous nous permettons de les signaler à MM. CARRIÈRE ET VANVERTS, puisqu'ils ont un laboratoire et des animaux à leur disposition. Car si les résultats de HANAU et STEILEN étaient définitivement acquis, ils seraient de nature à étayer d'une façon très solide l'hypothèse que nous envisagerons tout à l'heure et par laquelle l'on a cherché à expliquer l'action de la médication thyroïdienne, du moins, en ce qui concerne les fractures.

Les conditions qui président à la rapidité de la consolidation des fractures sont d'ailleurs très peu connues. La durée nécessaire à la consolidation varie, si je m'en rapporte aux auteurs, suivant le volume de l'os fracturé, l'état anatomique des fractures, l'âge des sujets, l'état général des sujets, et le mode de traitement mis en œuvre. Il faut faire des réserves sur plusieurs de ces conditions, l'âge par exemple et l'état anatomique des fractures. D'ailleurs nous ferons remarquer qu'à part les vieillards atteints de fracture du col du fémur, les fracturés qui viennent à l'hôpital sont pour la plupart des travailleurs valides et bien portants que le traumatisme surprend à l'ouvrage, ils sont presque tous dans la force de l'âge et leur état général est bon. Dès lors soumis à des traitements identiques, pour des traumatismes et des lésions quasi-superposables et entre les mains des mêmes chirurgiens, pourquoi les uns consolident-ils plus rapidement que les autres ? Pourquoi même placées dans de très mauvaises conditions anatomiques, comme la fracture du fémur avec chevauchement de trois centimètres dont nous parlions plus haut, voyons-nous certaines fractures se consolider en quelque sorte, trop vite ? Ces cas de consolidation très rapide doivent être plus nombreux qu'on ne pense et beaucoup doivent nous échapper à cause de la thérapeutique mise en œuvre. C'est ce que pensait déjà DUBREUIL (1) en 1890 en signalant une réparation extra-rapide de fracture du fémur. Nous enfermons, en effet, nos fracturés dans des appareils et nous ne les regardons que de loin en loin et tardivement. Quoi qu'il en soit, l'explication de l'inégalité de la durée de la consolidation de fractures identiques chez des individus différents nous échappe, et à la réflexion, nous nous demandons si si nous ne devons pas la chercher du côté de la glande thyroïde encore. A côté, des hypo-thyroïdiens qui consolident mal et dont nous parlerons tout à l'heure, ne serait-il pas légitime d'admettre qu'il peut exister des hyper-thyroïdiens chez lesquels la thyroïde sécréterait trop abondamment et qui consolideraient plus rapidement que les autres. HERTOGHE, dont la compétence en la matière ne sera niée par personne, admet d'ailleurs dans l'adolescence l'existence de ces hyperthyroïdiens : « on entend dire parfois, lorsqu'un enfant grandit trop vite, qu'il est maigre à force de grandir. Nous pensons que l'enfant maigrit, non parce qu'il grandit, mais en même temps qu'il grandit et sous l'empire de la même cause. Cette cause n'est autre, d'après nous, qu'une activité thyroïdienne exagérée. » Est-il donc invraisemblable de croire qu'il peut exister de ces hyperthyroïdiens à l'état adulte ?

(1) *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, de Montpellier, 1890, p. 594.

Le triomphe de la médication thyroïdienne, nous le trouvons dans son action sur les retards de consolidation. Les succès sont nombreux, « merveilleux, foudroyants ». Depuis les deux observations publiées par GAUTHIER (de Charolles) un grand nombre d'autres ont été signalées de différents côtés et nous croyons inutile d'insister sur ce point particulier de la question qui paraît définitivement établi. Mais la médication thyroïdienne a été employée dans de nombreuses maladies et, chose curieuse, son action a toujours été capricieuse et décevante ; dans les retards de consolidation, elle s'est comportée de la même manière et à côté de succès éclatants elle a donné des échecs complets. Certains de ses résultats ont laissé émerveillés, dès l'abord, les chirurgiens qui la prescrivaient, ses insuccès les ont ensuite désappointés. Quand elle agit, elle le fait le plus souvent rapidement, et en quelques jours, la guérison est obtenue. Nous pensons cependant que son action peut être parfois plus lente, et trois observations recueillies ces derniers temps dans le service du professeur FOLET nous paraissent d'autant plus probantes que POTHERAT vient d'en rapporter à la Société de Chirurgie, deux analogues. Nos malades étaient tous trois atteints de fracture oblique de jambe, toutes trois très mal réduites, même par les

tractions élastiques et continues, comme nous l'apprenaient les radiographies ; mais il était impossible d'obtenir mieux à moins que d'employer le traitement sanglant dont on ne nous a pas encore imposé la légitimité. Vers le quarantième jour, comme une mobilité assez considérable persistait, on prescrivit le traitement thyroïdien qui, maintenu pendant huit à dix jours, parut n'avoir aucun effet immédiat. En même temps on appliquait aux malades des attelles de plâtre doublées de gutta et on les faisait marcher ; vers le quinzième jour, la mobilité devenait moins manifeste et la consolidation était obtenue quelques jours plus tard. Il faut, dans ces circonstances, défalquer pour ainsi dire l'action certaine produite par la marche ; mais nous devons reconnaître que la marche n'agit pas ordinairement avec une telle rapidité et que par conséquent la médication thyroïdienne doit être pour quelque chose dans la consolidation.

Dans un autre ordre d'idées, nous ferons remarquer que notre embarras est toujours très grand quand il s'agit de choisir une préparation de corps thyroïde et de déterminer les doses à prescrire. La médication n'est pas absolument sans dangers, bien que ceux-ci aient été très exagérés. Or, des nombreux moyens à notre disposition, glande fraîche, extraits liquides, poudre sèche, pastilles, etc., quel est celui qui offre le maximum d'action et le minimum de danger ? Pendant combien de temps se maintient l'activité de ces nombreux produits que nous offre le commerce ? A côté des contre-indications formelles tirées de l'état du cœur et des reins, il y a des susceptibilités spéciales et individuelles qu'il nous paraît bien difficiles de déterminer à l'avance. C'est ainsi, par exemple, que nous avons vu un homme de 23 ans, atteint de fracture de jambe, maigrir d'une façon considérable sous l'influence du traitement ; or, à ce moment il y avait dans la salle deux autres malades qui prenaient quotidiennement la même dose de médicament provenant de la même source ; et chez eux on n'observa aucune modification de l'état général.

Ces effets inconstants et capricieux sont, nous l'avons dit plus haut, la caractérisque de la médication thyroïdienne et l'explication n'en est peut-être pas impossible. L'hypothèse est bâtie, et M. COMBEMALE la rappelait très justement l'autre jour à la Société de Médecine, elle appartient à HERTOGHE, et en ce qui concerne les fractures a été reprise par GAUTHIER (de Charolles). Pour ces auteurs il existerait des individus chez lesquels, malgré un état de santé en apparence normal, la glande thyroïde fonctionnerait d'une façon insuffisante, ces individus sont des myxœdémateux frustes, des hypothyroïdiens. Survienne une fracture chez ces sujets, l'action de la glande thyroïde nécessaire à la réparation osseuse est insuffisante et la consolidation se fait lentement, avec retard. Vient-on à prescrire la médication thyroïdienne, la réparation osseuse subit une poussée. Ainsi s'expliqueraient les succès et les insuccès. Succès chez les hypothyroïdiens, insuccès chez les individus normaux dont le retard est alors dû à une de ses nombreuses autres causes.

En terminant nous dirons qu'il ne faut pas trop exiger de la médication. La glande thyroïde que nous donnons à nos malades n'est pas de la glande humaine et il n'est pas possible que l'action de la thyroïde d'un animal soit identique à celle de la thyroïde d'un animal d'une autre espèce. C'est encore là un point que pourraient mieux établir des expériences. Cette action doit être simplement analogue et incomplète, n'empêche que cela nous suffit dans certains cas. De même, dans les troubles de la ménopause artificielle ou naturelle, l'opothérapie ovarienne fait disparaître certains troubles, atténue les autres, mais n'amène pas la guérison complète, car l'ovaire de génisse ingéré par la voie stomacale, injecté par la voie hypodermique ne peut suffire à remplacer complètement la sécrétion interne de l'organe humain normal et en place. Il n'en est pas moins vrai que l'opothérapie ovarienne est un précieux auxiliaire pour le gynécologue. Pour la glande thyroïde dont les fonctions sont moins connues et beaucoup plus complexes, le problème est plus obscur, il convient donc de ne pas se prononcer d'une façon définitive, car la question ne peut manquer d'être résolue un jour ou l'autre. D'ici là utilisons prudemment un médicament parfois précieux et appliquons-nous à préciser autant que possible ses indications.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 6 Juillet 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Pylorectomie pour cancer annulaire

M. Folet présente un homme de 45 ans environ, portant dans sa main son pylore. Cet individu a subi,

il y a seize jours la pylorectomie. Depuis quatre mois environ, il accusait des phénomènes de sténose presque complète, vomissements immédiatement après l'ingestion d'aliments, dilatation stomacale ; il était très émacié à son entrée à l'hôpital. L'examen de l'épigastre décela dans la partie gauche une tumeur très nette et assez mobile. L'opération fut proposée et acceptée du malade.

M. Folet comptait pratiquer la gastro-entérostomie ; mais dès la laparotomie, la tumeur pylorique vint faire hernie à travers l'ouverture ; cette tumeur était bien localisée, sans aucune adhérence avec les organes voisins. Les ganglions ne paraissaient pas envahis, sauf deux petits ganglions dans l'anse duodénale. En cette occurrence, **M. Folet** et son chef de clinique, **M. Lambret**, décidèrent de pratiquer la pylorectomie. De chaque côté de la tumeur deux clamps furent posés, entourés de gaze aseptique et l'incision porta entre les deux pinces, les sections duodénales et stomacales furent ensuite fermées par une double rangée de sutures, muco-muqueuses et séro-séreuses ; puis fut pratiquée l'anastomose de la dernière partie du duodénum avec la grande courbure stomacale.

Le malade a guéri admirablement bien. Il n'a jamais eu une température dépassant 37°, un pouls supérieur à 70. Depuis, il n'a plus eu la moindre nausée. Il a commencé à s'alimenter dès le troisième jour de l'opération avec du lait ; le cinquième jour, il prit un œuf ; actuellement il ne prend encore qu'une alimentation semi-solide, semi-liquide. L'état général s'est bien modifié et en huit jours le malade a augmenté de cinq kilos.

M. Curtis, qui a examiné la tumeur, a constaté que le néoplasme, un carcinome, circulaire dès le début, n'avait envahi que la muqueuse. La couche musculaire et la séreuse étaient presque saines.

M. Folet souhaite de voir pratiquer de meilleure heure et plus souvent la laparotomie exploratrice ; on pourrait ainsi enlever bien des néoplasmes au début, alors qu'ils ne se manifestent encore que par des troubles dyspeptiques persistants.

Sur une demande de M. **Combemale**, M. Folet ajoute alors que l'intervention avait révélé une dilatation stomacale médiocre, mais qu'il y avait surtout ptose de l'organe.

Résection du genou pour tumeur blanche avec anesthésie à la cocaïne

M. **Moty** présente un douanier qu'il a opéré dernièrement pour tumeur blanche du genou. Cet homme, entré à l'hôpital avec une lésion tuberculeuse évidente des condyles fémoraux, dans un état général très mauvais, était porteur de lésions pulmonaires avancées. Après l'avoir soumis à un traitement arsenical et créosoté, après avoir vu augmenter son poids de deux kilos, M. Moty se décida à l'intervention. Pour éviter la chloroformisation, des injections de cocaïne à la dose totale de quatre centigr. environ furent pratiquées sur le trajet du crural et du sciatique, puis une série de piqûres circulaires le long de la ligne d'incision.

L'intervention fut un peu pénible, d'autant plus qu'il fallut pratiquer deux sections du fémur, la première ayant porté dans du tissu encore infiltré par des masses tuberculeuses. Après ébouillantage de la plaie, on pratiqua les sutures. La réunion se fit assez lentement, laissant après elle des fistules.

M. Carlier demande pourquoi M. Moty n'injecte pas des doses plus élevées de cocaïne, et pourquoi il ne fait pas des injections dans les masses musculaires profondes. Il fait lui-même grand usage de cet anesthésique local, injectant dans la vessie jusque 11 c. de cocaïne sans avoir jamais eu d'accidents ; il atteint très fréquemment les doses de 5 à 7 centigr.

M. Moty croit que cette dose est un peu exagérée, et peut-être dangereuse.

M. Carlier fait remarquer qu'il ajoute toujours un peu de nitrite d'amyle à sa solution de cocaïne, de façon à combattre la vaso-constriction de la cocaïne par la vaso-dilatation due au nitrite d'amyle ; de plus, il défend à ses opérés de se lever avant d'avoir mangé. Il a pratiqué ainsi l'ablation d'énormes bourrelets hémorroïdaires, et quarante minutes après l'injection, le malade ne sentait encore rien. Il n'a eu aucun accident à déplorer ; « il est vrai que la solution de cocaïne était stérilisée et de préparation récente. »

M. Lambret, au sujet de la ponction de Bier, qui consiste à injecter de la cocaïne dans le canal rachidien, rapporte que l'anesthésie n'a pas toujours été obtenue et il croit pouvoir l'attribuer à ce que la solution de cocaïne était préparée depuis une date assez éloignée.

M. Carlier prépare la solution au moment d'en faire usage.

M. Ingelrans se souvient que M. Reclus injecte souvent 15 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne sans accident, mais il emploie toujours la solution étendue, voyant dans la concentration une cause fréquente d'accidents.

M. Carlier se sert toujours de la solution au centième ; selon le procédé de M. Reclus, il injecte de la cocaïne sous l'aponévrose avant l'incision, puis dans les muscles, après incision de l'aponévrose. Il augmente peut-être ainsi la durée de l'intervention, mais diminue de beaucoup la douleur.

M. Le Fort agit de même. Il injecte fréquemment de six à dix centigrammes de cocaïne et n'a observé que deux fois des accidents.

Les deux malades qui ont eu des troubles toxiques (vertiges, lypothymies, syncopes) n'avaient reçu toutefois que de faibles doses de cocaïne et en solution étendue, mais, dans les deux cas, l'injection avait été faite, le malade étant debout. M. Reclus a signalé également des cas analogues et déclare qu'il faut toujours faire coucher le malade.

M. Carlier fait remarquer qu'il ne faudrait pas conclure de cette discussion qu'on peut donner de pareilles doses de cocaïne dans tous les cas et impunément. Pour cela, il faut préparer le malade. M. Reclus l'indique très bien dans son ouvrage sur la cocaïne. En ce qui le concerne, M. Carlier recommande toujours aux malades de prendre une forte dose de café et de manger avant l'opération. De plus il fait faire l'injec-

tion cocaïnique le malade couché, et avant de le laisser lever, il le fait manger.

M. Moty défend alors son procédé. Il reconnaît qu'on peut employer de fortes doses de cocaïne, on a même injecté jusqu'à vingt centigrammes de cocaïne sans accident. Il a fait lui-même environ trois mille injections de cocaïne pour avulsions dentaires sans accidents. Il n'a eu que deux alertes ; et pourtant les malades n'avaient reçu que deux gouttes d'une solution au dixième, et il les attribue au titre élevé de la solution.

M. Moty répond ensuite à M. Carlier que depuis une dizaine d'années qu'il opère à la cocaïne par le procédé décrit au début, il a toujours obtenu une anesthésie suffisante : aussi ne voit-il pas de raisons pour changer de méthode. Dans le cas particulier, occasion de cette discussion, il a dû renoncer à la chloroformisation par suite du mauvais état général ; par conséquent il juge qu'une dose élevée de cocaïne aurait été dangereuse pour le malade. Enfin la méthode d'injection intra-rachidienne n'a pas encore fait ses preuves, aussi ne veut-il pas l'employer. Or, dans le service du professeur Berger, d'autre part, on a eu à regretter l'usage de ces injections dans la vaginale, l'absorption ayant été trop rapide.

M. Carlier répond alors à M. Moty que les dentistes pratiquent leurs injections dans la position verticale ; s'ils opéraient dans le décubitus horizontal, ils n'auraient peut-être pas d'accidents à déplorer. **M. Carlier** raconte à ce propos qu'il a été lui-même intoxiqué par la cocaïne après anesthésie pour une avulsion dentaire.

Il fait remarquer à M. Moty que si la tunique vaginale peut être comparée aux méninges spinales au point de vue de l'absorption des substances toxiques, il ne peut tirer des conclusions du cas de M. Berger. Chez ce malade, 40 centigrammes de cocaïne avaient été injectés, dans la vaginale, et malgré une incision rapide de la vaginale, l'intoxication fut mortelle. M. Carlier reconnaît ne pas avoir une expérience suffisante de la ponction de Bier pour la juger. En tout cas il déclare qu'une anesthésie dont on n'est pas le maître est une mauvaise anesthésie. Aussi préfère-t-il l'éthérisation ou la chloroformisation à la méthode sous-arachnoïdienne ; toutefois il emploiera ce procédé chez certains malades non nerveux, et ne redoutant pas l'intervention.

M. Moty clôt la discussion en constatant que tous les chirurgiens s'accordent pour préconiser la ponction horizontale ; quant à lui, il doit pouvoir expliquer les accidents survenus à la suite d'injections dans la gencive par la structure même des gencives, tissu dense, mais riche en vaisseaux sanguins, d'où une rapide résorption de l'anesthésique, ne se constatant pas dans les injections sous-cutanées.

Surprises et illusions de la radiographie en chirurgie

M. Folet rappelle les faits inattendus qu'a révélés l'examen des fractures aux rayons X. La plupart des fractures, même celles que l'on estime cliniquement *bien réduites*, et qui donnent d'ailleurs des consolidations sans difformités ni impotences, sont, en réalité, assez irrégulièrement coaptées. Elles présentent souvent des saillies fragmentaires que la radiographie exagère parfois un peu, car elle donne non l'*image*, mais la *silhouette* d'un objet. Or, tout le monde a vu se projeter sur un mur l'ombre d'une tête avec allongement bizarre ou raccourcissement excessif du nez ou du menton, selon l'obliquité de l'éclairage ou l'éloignement de l'écran.

Mais il y a des illusions radiographiques plus singulières ; celle que M. Folet met sous les yeux de la Société par exemple, et où une aiguille métallique, d'abord méconnue, apparaît dans une situation anatomique autre que celle qu'elle occupe réellement : Un enfant de quinze ans s'introduit, dans le bord interne du pied, un fragment de « dent de carde ». Au radioscope rien. Le cliché radiographique du pied à plat, fait avec beaucoup de soin et d'habileté, par M. le docteur Castiaux, ne donne qu'un imperceptible point, la dent de carde ayant été prise très en raccourci et presque exactement dans le sens de son axe. Une radiographie de profil montre alors la petite tige métallique se dessinant *dans le troisième espace intermétatarsien*, bien loin du point où elle siégeait réellement, comme le démontra l'issue de l'aiguille, par un abcès qui se fit au niveau de la piqûre d'entrée.

M. Folet montre sur un squelette de pied comment, sous un certain angle, une aiguille, placée comme elle l'était chez le malade, apparaît à l'œil dans le troisième espace interosseux ; c'est là que les rayons X l'ont saisie, c'est là qu'ils en ont fixé la silhouette sur la plaque sensible.

La radiographie, aide précieuse dans la recherche des corps métalliques, est donc parfois un guide-sphinx, qui pose au chirurgien des énigmes d'interprétation difficile et pour la divination desquelles il a besoin de beaucoup de prudence et de sagacité.

M. Combemale fait remarquer qu'il devient de plus en plus nécessaire de prendre des épreuves radiographiques dans différents plans perpendiculaires, pour arriver à une localisation exacte de l'objet.

M. Carlier rapporte alors que **M. Bédart** préconise, pour la recherche des paillettes de fer et de corps étrangers, l'intervention chirurgicale dans la chambre radiographique même ; l'opérateur peut suivre ainsi, en quelque sorte l'objet, sous le contrôle permanent de l'œil radioscopique. P. V.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Des réductions importantes sur le prix du transport sont accordées par les Compagnies de Chemins de fer et de Navigation françaises et étrangères aux adhérents **au 1er Congrès international de Presse médicale (Paris, 26-27-28 Juillet)**, qui se seront fait inscrire avant le 8 juillet, auprès du Secrétaire général, le Dr Blondel, 8, rue de Castellane, à Paris.

Les Compagnies de chemins de fer français accordent 50 0/0 sur le prix de chaque billet.

Le *South Eastern and Chatham Railway* accorde la même réduction qu'aux membres du Congrès de Médecine.

La *Compagnie Worms* (Havre, Hambourg et Bordeaux), accorde 20 0/0.

La *Compagnie Havraise Péninsulaire* (Havre, Portugal, Espagne, Algérie, Tunisie, Madagascar, Maurice, Réunion), 30 0/0.

La *Société Générale de Transports Maritimes à Vapeur* (Marseille, Algérie), 20 0/0 sur l'aller et retour.

La *Compagnie de Navigation Mixte Touache* (Marseille, Algérie), 20 0/0.

La *Stoomwaart Maatschappy Nederland* (Indes, Southampton, Gênes, Port-Saïd), 15 0/0

Le *Lloyd Autrichien* (Levant, Méditerranée), 20 0/0.

American Line (Réduction à fixer d'après le nombre des voyageurs inscrits).

Publications du XIII[e] Congrès international de Médecine et avantages conférés aux Membres

Les Membres du XIII[e] Congrès de Médecine recevront gratuitement deux séries de publications, la première qui leur sera remise à l'ouverture du Congrès, la seconde qui sera mise à leur disposition à une date ultérieure.

Première série d'ouvrages devant être remis aux Congressistes à l'ouverture du Congrès

1° Les résumés des rapports. (Chaque Congressiste recevra seulement ceux concernant la section à laquelle il est attaché.

2° Un volume sur les eaux minérales et Stations climatériques françaises (1 volume in-8° de 400 pages avec nombreuses figures.

3° Paris-Médical, Assistance et Enseignement (1 volume in-8 de 400 pages environ).

4° Un Guide Conti. (Paris et l'Exposition, avec plans, édition spéciale pour les Membres du Congrès).

Deuxième série d ouvrages devant être mis gratuitement à la disposition des Congressistes à une date postérieure au Congrès

1° Un volume de procès-verbaux sommaires de l'ensemble des travaux du Congrès.

2° Un volume donnant le compte rendu *in extenso* des Assemblées générales du Congrès.

3° Le volume contenant les travaux de la section dans laquelle chaque Congressiste s'est fait inscrire (le volume de la section *indiquée en premier* sa feuille d'adhésion dans le cas où il serait inscrit dans plusieurs sections).

Avantages conférés aux membres du Congrès

1° Droit de participer aux travaux de toutes les sections.

2° Invitations à toutes les fêtes offertes aux Membres du Congrès.

3° Entrée gratuite à l'Exposition pendant la session du Congrès (du 2 au 9 août).

4° Insigne consistant en une plaquette artistique gravée pour le Congrès par M. Vernon.

5° Réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer français, réductions sur les lignes de transport maritime et quelques chemins de fer étrangers.

6° Facilités de logements par l'intermédiaire des Agences avec lesquelles le Congrès s'est mis en rapport.

Nous avons le plaisir de mettre dès aujourd'hui, sous les yeux de nos lecteurs la liste des **récompenses accordées aux Vaccinateurs pour l'année 1899**, par le Comité de vaccination du département du Nord :

Médaille d'Or

M. Vincent, officier de santé, à Mouvaux.

Rappel de Médaille d'Or

M[me] Martin, sage-femme, à Halluin ; M[me] Marlière, sage-femme, à Cambrai.

Médailles de Vermeil

Arrondissement d'Avesnes — M. Lecocq, docteur, à Villers-sire-Nicole.

Arrondissement de Cambrai. — M. Delhaye, docteur, à Solesmes.

Arrondissement de Douai. — M[me] Nepper, sage-femme, à Douai.

Arrondissement de Dunkerque. — M. Delbecq, docteur, à Gravelines ; M. Tanche, officier de santé, à Armbouts-Cappel.

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. Smagghe, docteur, à Hazebrouck.

Arrondissement de Lille. — M[lle] Dujardin, sage-femme, à Armentières ; M[me] Delahousse, sage-femme, à Tourcoing ; M[me] Martin, sage-femme, à Lille ; M. Lepers, docteur, à Roubaix.

Arrondissement de Valenciennes. — M. Tauchon, docteur, à Valenciennes.

Médailles d'Argent (1[re] classe)

Arrondissement d'Avesnes. — M[me] Defacq, sage-femme, à Maubeuge ; M[me] Mathieu, sage-femme, à Hautmont.

Arrondissement de Cambrai. — M. Tison, docteur, à Avesnes-lez-Aubert ; M[me] Monfroy, sage-femme, à Le Cateau ; M. Pluvinage, docteur, à Marcoing.

Arrondissement de Douai. — M. Houriez, docteur, à Lallaing ; M. Vallée, officier de santé, à Pecquencourt ; M. Wartel, docteur, à Nomain ; M. Deltombe, officier de santé, à Flines-lez-Raches.

Arrondissement de Dunkerque. — M[me] Vermeulen, sage-femme, à Saint-Pol ; M. Ryckelynck, officier de santé, à Rosendaël ; M. Nevejan, docteur, à Ghyvelde ; M. Huyghe, docteur, à Dunkerque ; M. Ruyssen, docteur, à Dunkerque.

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. Letailleur, docteur, à Renescure ; M[me] Smagghe, sage-femme, à Bailleul.

Arrondissement de Valenciennes. — M[me] Lefebvre, sage femme, à Mortagne ; M. Copin, docteur, à Lourches ; M[me] Poulle, sage-femme, à Denain.

Arrondissement de Lille. — M[me] Beulens, sage-femme, à Roubaix ; M[me] Desplanques, sage-femme, à Tourcoing ; M[me] Sauvage, sage-femme, à Lille ; M[me] Desmet, sage-femme, à Roubaix ; M[me] Nombalez, sage-femme, à Lille ; M. Desmons, docteur, à Ronchin ; M[me] Gallet, sage-femme, à Lille ; M. Jacqmarcq, docteur, à Loos ; M[me] Dubreucque, sage-femme, à Tourcoing ; M[me] Planque, sage-femme, à Armentières ; M[me] Denal, sage-femme, à Lille ; M. Duhasnel, docteur, à Bondues ; M. Coubronne, docteur, à Hem ; M. Guérin, chef du laboratoire des vaccins à l'Institut Pasteur.

Médailles d'argent (2[e] classe).

Arrondissement d'Avesnes. — M[me] Delattre, sage-femme, à Maubeuge ; M[me] Leroy, sage-femme, à Fourmies ; M[me] Gontier, sage-femme, à Trélon ; M. Leblanc, docteur, à Cartignies ; M[me] Seulin, sage-femme, à Jeumont.



Arrondissement de Cambrai. — Mme CATHERINE, sage-femme, à Caudry ; Mme DUBRAY, sage-femme, à St-Aubert ; Mme GOUBET, sage-femme, à Iwuy ; Mme DOLFAN, sage-femme, à Caudry ; Mme PIELARD, sage-femme, à Carnières.

Arrondissement de Douai. — Mme VAN BELLEGHEM, sage-femme, à Gœulzin ; Mme LELEUX, sage-femme, à Raimbeaucourt.

Arrondissement de Dunkerque. — M. BREYNAERT, docteur, à Dunkerque ; M. PASCALIN, docteur, à Saint-Pol ; M. VANHERSECKE, docteur, à Zeggers-Cappel ; M. REUMAUX, docteur, à Dunkerque ; M. BEYAERT, officier de santé, à Loon-Plage.

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. HEEM, docteur, à Cassel ; M. BRUNET, docteur, à Steenbecque ; M. BLOND, officier de santé, à Merville.

Arrondissement de Valenciennes. — Mme WILBAUX, sage-femme, à Bruay ; Mme DANQUIN, sage-femme, à Saint-Amand ; Mme FLEREAQ, sage-femme à Raismes ; Mme TERMY, sage-femme, à Escaudain ; M. VALET, docteur, à Anzin ; M. LARTISIEN, docteur, à Denain ; Mme GALAND, sage-femme, à Marquette.

Arrondissement de Lille. — M. LECLERCQ, interne des hôpitaux, à Lille ; M. DELEARDE, docteur, à Lille ; Mme CLOS, sage-femme, à Lille ; M. LOGIE, docteur, à Comines ; Mme TACK, sage-femme, à Lille ; Mme CRESSENT, sage-femme, à Lille ; Mme DEBRUYNE, sage-femme, à Roubaix ; Mlle DELOURME, sage-femme à Wasquehal ; Mme THIEFFRY, sage-femme, à Lille, Mme CREMER, sage-femme, à Lille ; M. KLEIN, officier de santé, à Wahagnies ; Mme CASTELIN, sage-femme à Armentières ; M. BIGO, docteur à Haubourdin ; M. WARTEL, docteur, à Lys-lez-Lannoy ; Mme LEMAINE, sage-femme, à Lille ; Mlle GUILBERT, sage-femme, à La Bassée ; Mlle MAES, sage-femme, à Armentières ; M. CHUFFART, docteur, à Marquette ; Mme THAON, sage-femme, à Roubaix ; M. DESCARPENTRIES, officier de santé, à Pérenchies.

Médailles de Bronze

Arrondissement d'Avesnes. — Mme DENIS, sage-femme, à Maubeuge ; Mme GUYOT, sage-femme, à Fourmies ; Mme GARY, sage-femme, à Fourmies ; Mme DURAND, sage-femme, à Poix ; M. JACQUEMART, docteur, à Bavay ; Mme CARPENTIER, sage-femme, à Maubeuge.

Arrondissement de Cambrai. — M. BOUCHEZ, docteur, à Busigny ; Mme CARPENTIER, sage-femme, à Beauvois ; M. DEWINGLE docteur, à Saint-Hilaire ; M. SERGENT, docteur, à Fontaine-Notre Dame ; Mme COLAU, sage-femme, à Beauvois ; Mme HONORE, sage-femme, à Abancourt.

Arrondissement de Douai. — Mme LANDAT, sage-femme, à Waziers ; M. BLANQUART, officier de santé, à Flers ; Mme BEAUFORT, sage-femme, à Somain ; Mme POT, sage-femme, à Aniche ; M. HÉRIN, docteur, à Féchain.

Arrondissement de Dunkerque. — M. SOMBRET, docteur, à Gravelines ; M. LANCRY, docteur, à Dunkerque ; M. DELBECQUE, docteur, à Coudekerque-Branche ; M. JOLAND, docteur, à Dunkerque ; M. MEISSEMAECKER, docteur, à Bergues.

Arrondissement d'Hazebrouck. — M. POTIÉ, docteur, à Vieux-Berquin ; M. HEMERY, officier de santé, à Morbecque.

Arrondissement de Lille. — M. d'HARDIVILLIER, docteur, à Lille ; M. BOUTRY, docteur, à Lille ; M. POTEL, docteur, à Lille ; M. DECLERCQ, docteur, à Lille ; Mlle DEBEYNE, sage-femme, à Roubaix ; M. THIBAUT, docteur, à Lille ; M. DAURBESSE, docteur, à Carvin ; M. DEFAUX, docteur, à Lille ; Mme LANCTIN, sage-femme, à Tourcoing ; Mlle HOLVOET, sage-femme, à Roubaix ; Mme DESTOMBES, sage-femme, à Tourcoing ; Mme VERTRAY, sage-femme, à Cysoing ; M. TISON, docteur, à Templeuve ; M. MULLIEZ, docteur, à Comines ; M. DELCROIX, docteur, à Annœullin ; M. DEROUBAIX, docteur, à Fretin ; Mme LEPEZ, sage-femme, à Haubourdin ; Mme LANQUART, sage-femme, à Wambrechies ; M. DELBECQ, docteur, à Linselles ; M. DELESPIERRE, docteur, à Wambrechies ; Mme CAU, sage-femme, à Roubaix ; Mme AERNANT, sage-femme, à Roubaix ; Mme DEKKER, sage-femme, à Lille ; Mme DERASSE, sage-femme, à Roubaix ; Mme DEMOOR, sage-femme, à Lille ; Mme BURETTE, sage-femme, à Houplines ; Mme COOLS, sage-femme, à Lille.

Arrondissement de Valenciennes. — Mme MERCIER, sage-femme, à Saint Saulve ; Mme LEMOINE, sage-femme, à Maing ; M. LECŒUVRE, docteur, à Sebourg ; Mme VARLEZ, sage-femme, à Préseau ; M. MAILLET, instituteur, à Neuville-sur-l'Escaut.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêté ministériel du 5 mai, M. le docteur BÉDART, agrégé de physiologie, est prorogé dans ses fonctions du 1er novembre 1900 au 31 octobre 1904. Nous adressons à notre collaborateur nos félicitations à cette occasion.

— Nous apprenons avec une bien vive satisfaction que M. le docteur RAVIART est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Dury-lez-Amiens, à compter du 1er juillet.

Notre « Carnet »

Hier, samedi 7 juillet, a été célébré le mariage du docteur Pierre COLLE avec Mademoiselle EYSENBOUT. Nous adressons nos meilleurs vœux de bonheur à notre distingué confrère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Sont nommés correspondants nationaux dans la 1re division, MM. les docteurs LALESQUE, d'Arcachon, et CATRIN, de Valenciennes.

Distinctions honorifiques

Nous avons eu le plaisir d'annoncer à nos lecteurs la nomination au grade d'Officier d'Académie de M. le docteur BIAT, de Liévin (Pas-de-Calais). A l'occasion de cette distinction bien méritée, ses confrères de la compagnie houillère et ses amis lui offrirent un banquet, qui les réunit le 24 juin. Au dessert, le docteur LOURTIES, le distingué maire de Billy-Montigny, qu'on trouve à la tête de toutes les manifestations humanitaires, prit la parole pour féliciter au nom de tous les convives le confrère que l'on fêtait en ce jour. Et il le fit avec un humour et dans des vers, qu'accueillirent des applaudissements unanimes ; nous y joignons modestement les nôtres. L'*Echo Medical du Nord* ayant été de la fête, nous remercions nos confrères de ce témoignage de sympathie.

A mon Confrère et ami le docteur BIAT

OFFICIER D'ACADÉMIE

Chers amis, ou plutôt mes confrères dans l'art
D'enrayer des mortels le funèbre départ,
De guérir très souvent l'humanité souffrante,
De la calmer toujours quand elle se tourmente,
Vous connaissez à fond le grec et le latin,
Vous êtes érudits plus qu'un bénédictin,
Vous avez eu, durant vos études fameuses,
L'occasion d'observer des choses merveilleuses.

Vous avez admiré les frères Siamois,
Le célèbre invalide... à la tête de bois.
Vous avez même vu, cas extraordinaire,
Des gendres vivre en paix avec leur belle mère,
Des maris impuissants, pour calmer de l'épouse
Les soupçons injurieux ou l'humeur trop jalouse,
S'injecter un Pravaz de sérum Brown-Séquard
Et faire un jouvenceau d'un stérile vieillard ;
Vous avez contemplé l'homme au nez en argent,
Du musée Dupuytren le plus bel ornement ;
Mais vous n'aviez pas vu cette chose, du reste
Fort rare, décorer un praticien modeste.
L'Ecriture qui parle au nom de l'Eternel,
Dit qu'on a bien du mal à mériter le ciel.
Il serait plus aisé, souple comme l'anguille,
Au chameau de passer par le trou d'une aiguille,
Qu'aux professeurs lettrés, aux docteurs émérites,
De recueillir le fruit de leur justes mérites.
Le problème semblait insoluble, et pourtant
Le cas est résolu : Biat porte le ruban.
Inscris au livre d'or, gazette médicale,
Que rédigent si bien Folet et Combemale,
Le nom du Docteur Biat. Fêtons ce beau succès
Dont nous sommes tous fiers, cher ami, tu le sais.
Gloire à tes lauriers, car nul n'était plus digne
D'épingler sur le cœur la violette insigne.
Agréable orateur, charmant conférencier,
Confrère délicat, se donnant tout entier
Aux soins des malheureux, ami sûr et fidèle
Que le corps médical doit prendre pour modèle,
Pardonne, si pour toi, j'ai chatouillé la muse,
Mon vieux luth s'est brisé, car tout casse et tout s'use !
Mon Pégase est malade ; il traîne un pas boiteux
Et ne peut plus souffler, pauvre emphysémateux !
Pour le mettre à hauteur versons maintes rasades,
On ne saurait trop boire entre vieux camarades.
Hâtons-nous aujourd'hui chantons le verre en main,
Peut-on jamais savoir si nous boirons demain ?
Nous vivons ici-bas dans un rêve éphémère,
Où les beaux jours sont courts, la joie bien passagère.
Seul le vin nous réchauffe et son éclat vermeil
Fait passer en notre âme un rayon de soleil.
Buvons à l'ami Biat, au docteur impeccable,
Dussions-nous rouler tous au fond de la table.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mougeot, ancien député de la Haute-Marne ; Lemercier, du Hâvre (Seine Inférieure).

Leuchèle, de Roubaix. Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien vives condoléances.

Chaffaut, étudiant en médecine à Bordeaux.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

26me semaine, du 24 au 30 Juin 1900.

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	1
3 mois à un an	4	5
1 an à 2 ans	3	»
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	3
40 à 60 ans	9	9
60 à 80 ans	10	6
80 ans et au-dessus	1	1
Total	41	30

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	6	12	13
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	»	»	»	3	8	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	2	»	»	1	1	1	»	»	»	7	14	30
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	11	4
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	6	11
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	5
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	3
Total	»	»	1	»	»	»	»	3	5	4	7	»	»	12	1	1	»	»	»	37	71	117

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant. Th. Clerquin.

N° 183. Quatrième Année. N° 28. Le Numéro : 10 centimes. 15 Juillet 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'Arthritisme

Leçon d'ouverture des Conférences de Thérapeutique (Semestre 1899-1900)

Faites à la Faculté de médecine par le docteur **Deléarde**, agrégé, Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur.

MESSIEURS,

J'ai l'intention d'étudier devant vous, cette année, la thérapeutique d'un groupe de maladies que l'on réunit sous le nom de maladies de la nutrition. Mais avant de connaître les vices de la nutrition, je crois nécessaire de vous exposer ce qu'il faut entendre par le mot de nutrition et de vous faire comprendre la signification que les idées nouvelles introduites en pathologie générale ont donnée à ce mot.

Lorsque vous connaîtrez les différents phénomènes normaux de la nutrition, il vous sera plus facile de concevoir les causes multiples capables d'altérer la nutrition et par conséquent de préparer la voie à l'éclosion d'une foule d'états morbides.

Vous savez que l'organisme est formé par la réunion d'un grand nombre d'éléments cellulaires différant les uns des autres au point de vue morphologique, selon les fonctions dévolues à chaque élément.

C'est ainsi qu'une cellule hépatique par exemple, examinée sous le microscope, ne ressemble en rien à une cellule nerveuse ou à une cellule de l'épithélium rénal. Toutefois ces éléments primordiaux qui se distinguent par leurs formes et par leurs propriétés se rapprochent par leur composition. Ils ont un protoplasma, dans la composition duquel entrent des substances organiques et des substances minérales. Ces dernières, des phosphates, des chlorures, du fer, du soufre, de la potasse, de la chaux, etc..., sont introduites dans la cellule par des phénomènes d'osmose. Elles lui apportent des éléments indispensables à la vie et constituent pour ainsi dire sa charpente ; mais peu attaquées par les sucs protoplasmiques, elles ne subissent pas de profondes modifications.

Les matières organiques, plus complexes, renferment des substances albuminoïdes, encore appelées quaternaires, parce qu'elles contiennent quatre corps simples Az, C, H, O et des substances hydrocarbonées ou ternaires, formées par la combinaison de O, H, C. Voilà réduite à sa plus simple expression la structure intime du protoplasma cellulaire.

Mais la cellule, qui vit pour son propre compte, a besoin d'aliments qui lui apportent la chaleur, source du mouvement, et des décompositions chimiques dont elle est le siège. Ce travail de décompo-

sition ne se fait pas sans produire des matériaux de déchet qui sont des poisons pour la cellule et qui doivent en être chassés. Eh bien cet apport de nourriture, son utilisation à l'intérieur de la cellule, son élimination lorsqu'elle a été transformée constitue le phénomène de la nutrition. C'est, comme le dit Bouchard, « la vie avec son double mouvement d'assimilation et de désassimilation, de création et de destruction. »

Quand l'assimilation prédomine, l'élément organisé s'accroît, c'est ce qui arrive dans l'âge de la croissance physiologique. En pathologie la prédominance excessive de l'assimilation constitue l'hypertrophie.

L'atrophie est due au contraire à une désassimilation trop grande.

Mais le phénomène de la nutrition n'est pas aussi simple, car des lois multiples régissent la quantité et la qualité des apports nutritifs ainsi que l'élimination des produits transformés. Le régulateur de l'assimilation comme de la désassimilation est avant tout le système nerveux. Les cellules qui constituent les tissus ne sont pas en effet de simples corpuscules inanimés puisant dans le sang les éléments nutritifs ; le système nerveux, par l'intermédiaire de la vaso-dilatation ou de la vaso-constriction, fait varier la quantité de sang qui baigne les cellules et leur donne également le pouvoir de diminuer et d'augmenter les activités nutritives. Les troubles trophiques, tels que l'amaigrissement, l'atrophie, l'arrêt de développement qui frappent les membres et qui surviennent après certaines affections nerveuses comme la polyomyélite antérieure ou encore les névrites périphériques, par exemple, montrent combien le rôle du système nerveux est indispensable dans la nutrition, puisque la suppression de son intervention entraîne la cachexie et même la mort des cellules.

A côté du sytème nerveux agissant comme régulateur de la nutrition, il faut tenir compte également de certains sucs organiques sécrétés par les glandes dites à sécrétion interne. Vous connaissez la cachexie profonde, l'adynamie et la prostration qui accompagnent les maladies, la tuberculose par exemple, des capsules, surrénales ; les troubles psychiques qui surviennent après la castration ; le myxœdème qui évolue lorsque la glande thyroïde est supprimée, de même les désordres qui apparaissent lorsqu'elle est hypertrophiée (maladie de Basedow) ; le diabète maigre à marche rapide et fatale qui se montre dans les cas de tumeurs ou les affections du pancréas, voilà autant d'exemples qui plaident en faveur de l'action des sucs des glandes à sécrétion interne sur la nutrition et sur leur présence indispensable pour l'accomplissement normal de ce phénomène.

Vous voyez donc, messieurs, combien est complexe l'acte de la nutrition et combien sont nombreuses les influences qui peuvent le troubler dans son fonctionnement. Examinons quelques-unes de ces influences.

Je vous ai dit au début de cette leçon que le phénomène de la nutrition pouvait se réduire à quatre phases successives :

1° L'apport des substances nutritives.

2° L'assimilation de ces substances par les cellules.

3° La désassimilation, c'est-à-dire l'utilisation des matériaux nutritifs et la fabrication, par la cellule, des produits de déchet.

4° L'élimination au dehors.

Chacune de ces phases peut être altérée. C'est ainsi que les troubles circulatoires, les altérations vasculaires, les modifications de la température, la composition du sang et secondairement des plasmas peuvent modifier la pénétration des substances nutritives.

L'assimilation est influencée par l'insuffisance ou le manque de proportions dans les éléments constituants de la nourriture. Le phosphate de chaux est indispensable, car il constitue la charpente minérale d'un grand nombre d'éléments cellulaires, qui ne peuvent se former ni vivre s'il n'est pas apporté en quantité suffisante dans les aliments. Il en est de même du fer, du chlorure de sodium, de l'eau, etc. Enfin la chaleur, la lumière ont également une action sur l'activité des mutations nutritives. La vie au grand air facilite les échanges, le séjour dans les lieux obscurs, au sein d'une atmosphère viciée, les ralentit.

Les mêmes agents physiques, chaleur et lumière, se retrouvent dans l'accomplissement normal des actes de désassimilation. Les acides qui proviennent de la digestion intracellulaire ne peuvent être brûlés dans l'économie qu'en présence des bases alcalines; d'où la nécessité d'ingérer une quantité suffisante et d'une manière régulière la potasse et la soude. La sécrétion biliaire réclame, pour s'effectuer des substances sulfurées qui sont indispensables pour la fabrication de la taurine.

Divers produits médicamenteux ralentissent ou accélèrent la désassimilation. Les iodures l'accélè-

rent, les bromures, la quinine, le plomb, l'argent la ralentissent.

La quatrième phase de la nutrition, l'expulsion des déchets, peut être également altérée.

Pour que le courant exosmotique qui doit entraîner les déchets hors de la cellule se continue régulièrement, il faut que les plasmas qui entourent la cellule soient à un degré suffisant de concentration, d'où l'utilité des boissons et des sécrétions qui maintiennent la dilution des plasmas et permettent ainsi aux matériaux de désassimilation de se diffuser facilement. Enfin il est de toute nécessité que la circulation du sang dans les capillaires ou dans les veines, ainsi que celle de la lymphe dans les réseaux lympathiques, soit assez active et régulière pour évacuer rapidement les produits de déchet. L'intégrité des émonctoires, reins, peau, exhalation pulmonaire, est la condition indispensable au rejet final des produits excrémentitiels.

Vous entrevoyez maintenant, Messieurs, les circonstances multiples qui peuvent troubler la nutrition et par suite conduire lentement l'organisme de l'état sain à l'état pathologique.

Toutefois il s'agit encore de s'entendre sur la signification à donner aux maladies de la nutrition. Toutes les causes qui sont susceptibles d'altérer la nutrition peuvent agir pendant un certain temps sans modifier assez profondément l'organisme pour provoquer des lésions durables. Un enfant mal nourri pendant les premiers mois de son existence peut présenter un état général mauvais et des affections inhérentes à cette alimentation défectueuse ; mais si on vient à supprimer cette cause de maladies par une hygiène sévère et une nourriture appropriée à son âge, peu à peu son organisme reprendra le dessus et il ne conservera bientôt plus de traces des désordres primitifs. La nutrition aura été mauvaise pendant un certain temps, mais il n'y aura pas à proprement parler de maladies de la nutrition ; la cause provocatrice étant supprimée assez tôt, l'état morbide ne lui survivra pas. De même si l'appareil digestif fonctionne mal et n'opère que d'une façon incomplète les premières transformations des aliments, si la respiration troublée par une lésion pulmonaire, qui diminue le champ de l'hématose, ne laisse plus pénétrer dans le sang une quantité d'O. suffisante, si le rein n'élimine plus la totalité des poisons organiques, la nutrition dans ces différents exemples sera altérée, mais elle le sera secondairement. Ce ne sont pas ces désordres secondaires qui constituent les maladies de la nutrition proprement dites. On réserve ce nom à celles où les mutations nutritives sont troublées primitivement, à celles où les lésions d'organes sont elles-mêmes consécutives à ce désordre primitif de la nutrition. Il doit y avoir pour constituer une maladie type de la nutrition ce que Bouchard a appelé la *nutrition retardante*, c'est-à-dire une assimilation insuffisante malgré un apport régulier d'aliments, une combustion et une destruction incomplète de certains principes de désassimilation, l'apparition dans les excreta de produits incomplètement élaborés, l'acide urique, l'acide oxalique, les acides gras volatils ; de là l'accumulation dans l'organisme des acides qui proviennent du ralentissement ou de l'arrêt des transformations de la matière et qui conduit à la lithiase biliaire et rénale ; de là encore l'apparition de l'obésité, du diabète, de la goutte lorsque l'insuffisance des combustions et des transformations porte sur la graisse, le sucre ou la matière azotée.

Bouchard a bien montré le lien qui réunissait entre elles toutes les maladies de la nutrition : elles proviennent, quoique affectant des formes différentes ou frappant des organes différents, du ralentissement de la nutrition. Elles peuvent toucher chez l'un le foie (lithiase biliaire), chez l'autre le poumon (asthme), chez un troisième les articulations (goutte aiguë et chronique), mais elles ont la même origine, une cause commune qui les engendre et les associe, un trouble nutritif général.

« Un tel trouble nutritif, lorsqu'il devient permanent, crée la maladie chronique ou la succession des maladies aiguës paroxystiques survenant par accès. Il est la disposition morbide qui engendre ou qui maintient des maladies en apparence disparates. Il est ce que l'on a appelé la *Diathèse* ». Bouchard définit ainsi la diathèse : « Un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathologique. »

Cette définition n'a pas été acceptée par tous les auteurs, et différentes écoles représentées par des savants de haut mérite se sont élevées au sujet de la signification à donner au mot diathèse.

A la définition de Bouchard, représentant l'Ecole de Paris, qui considère la diathèse comme une prédisposition morbide, il faut opposer celle de Grasset, de

l'Ecole de Montpellier, qui attribue au mot diathèse un sens différent. « C'est une maladie générale, une maladie spontanée émancipée de sa cause provocatrice, une affection chronique, c'est-à-dire dont les actes manifestateurs sont lents ou, s'ils évoluent rapidement, sont séparés par des intervalles, enfin dont les manifestations sont multiples et variées (troubles fonctionnels, lésions anatomiques, troubles nutritifs). » GRASSET, à l'appui de cette définition, appelle maladies diathésiques la syphilis, la goutte, la scrofule, la tuberculose, l'herpétisme, le cancer, le rhumatisme, l'alcoolisme, l'impaludisme.

De cette énumération il faut maintenant retrancher les maladies infectieuses telles que la syphilis, la tuberculose, le rhumatisme, l'impaludisme et peut-être bientôt le cancer. L'alcoolisme n'est qu'une intoxication.

HALLOPEAU, qui voit également dans la diathèse une prédisposition morbide, reconnaît trois états diathésiques : la scrofule, l'arthritisme et l'herpétisme.

L'herpétisme, encore appelé dartre, désigne la prédisposition à contracter certaines affections de la peau qui rapprochent les unes des autres des tendances évolutives analogues.

BOUCHARD n'admet que deux diathèses, la scrofule et l'arthritisme.

LANCEREAUX réserve le nom d'herpétisme aux maladies rangées par BOUCHARD dans l'arthritisme ; pour lui l'arthritisme est une maladie infectieuse, le rhumatisme articulaire aigu avec ses localisations multiples sur les synoviales, les plèvres, le péricarde, l'endocarde et toutes leurs graves conséquences : symphyse cardiaque, rétrécissement des orifices du cœur, embolies, hydropisies, etc... »

Ce sont les théories de BOUCHARD qui ont prévalu, ce sont celles qui s'accommodent le mieux aux idées nouvelles et la diathèse arthritique représente actuellement les maladies dites de la nutrition, la goutte, le diabète, l'obésité, l'asthme et les manifestations nerveuses multiples comme la migraine, la névralgie sciatique, etc. En ce qui concerne la scrofule on tend de plus en plus à en faire une manifestation de la tuberculose et à la distraire des maladies de la nutrition.

L'influence du système nerveux dans l'évolution des affections arthritiques est tellement considérable que l'on a créé le mot de neuro-arthritisme (CHARCOT), pour désigner cette association entre les différents états morbides relevant de la diathèse arthritique et du système nerveux. L'aliénation mentale, la neurasthénie se retrouvent dans les antécédents des goutteux, des obèses et des diabétiques.

Vous savez maintenant, Messieurs, ce que c'est que l'arthritisme, que la diathèse arthritique. Dans les leçons suivantes nous aurons à étudier en détail les maladies arthritiques. Leur étiologie générale nous est connue, la nutrition retardante est leur caractère propre. Chacune d'elles a toutefois une étiologie particulière suivant le mode d'action de la nutrition ralentie, suivant que telle ou telle substance est fabriquée en plus grande abondance ou détruite en trop petite quantité. Ainsi l'augmentation des acides dans l'organisme aboutit aux lithiases biliaire ou rénale, la combustion incomplète du glucose conduit au diabète, celle des matières grasses à l'obésité.

Le terme arthritisme qui englobe toutes les affections dues à une nutrition retardante est celui qui a prévalu dans le langage courant. Il peut être conservé à condition de ne pas y attacher une signification étymologique, car les articulations ne sont pas le siège des lésions dans toutes les maladies de la nutrition.

LANDOUZY, pour éviter cette confusion, avait proposé le mot *Bradytrophique*. *La diathèse bradytrophique*, ainsi appelée en raison de la lenteur des métamorphoses nutritives, serait le synonyme de diathèse arthritique ou d'arthritisme. L'étymologie du mot rappelle bien en effet le caractère essentiel de cette diathèse, que l'on pourrait encore désigner sous le nom de diathèse *oligotrophique*, pour indiquer que la nutrition transforme moins de matière en un temps donné, ou encore *ocnotrophique* pour montrer la paresse des mutations nutritives.

Je vous ai dit plus haut qu'un des caractères propres à toutes les maladies arthritiques était la nutrition retardante, une transformation incomplète des principes nutritifs. Mais ce trouble nutritif doit être permanent, il doit remonter, comme le dit BOUCHARD, à l'instant de la conception. A côté de la lithiase biliaire arthritique, de l'obésité arthritique, du diabète arthritique, vous pouvez, sans influence de perturbations nutritives accidentelles (maladies infectieuses), voir la cholestérine se déposer, la graisse s'accumuler, le sucre cesser en partie d'être utilisé ; la lithiase, l'obésité, le diabète auront été engendrés dans ce cas par le même trouble nutritif qui provoque les mala-

dies diathésiques : c'est ainsi que l'on a signalé la lithiase biliaire d'origine microbienne survenant après la fièvre typhoïde ou les maladies infectieuses de l'appareil digestif. Mais cette fois le trouble nutritif ne sera pas permanent, constitutionnel, originel.

C'est qu'en effet les maladies diathésiques existent dès la naissance ; elles sont héréditaires. Si elles ne se manifestent pas toujours dès les premiers mois ou les premières années, elles ne sont pas moins à l'état latent et peuvent se dévoiler un jour ou l'autre, au moment de la puberté par exemple, à l'âge adulte, ou après une affection aiguë intercurrente.

L'hérédité n'est pas similaire, un diabétique n'engendre pas nécessairement un diabétique, ses descendants peuvent présenter de la lithiase biliaire, de la goutte, de l'obésité ; c'est la prédisposition qui est dévolue en héritage aux descendants des arthritiques.

« Ce qui est héréditaire ce n'est pas la maladie, c'est la diathèse, c'est ce trouble général de la nutrition qui est le même chez les ascendants et les descendants et qui, chez les uns et les autres, aboutit au diabète, à la goutte, à l'obésité, etc... »

Voilà une notion importante que vous ne devez pas oublier. C'est un autre caractè e de la diathèse arthritique.

Ces généralités sur l'arthritisme étant connues, il ne nous reste plus qu'à aborder maintenant la partie clinique et thérapeutique de notre sujet, mais avant d'entrer dans le détail de chaque affection je voudrais terminer par un tableau d'ensemble de l'arthritique ; je désirerais suivre l'individu à nutrition ralentie dans les différentes étapes de sa vie, et vous signaler les premières manifestations de la diathèse dont il est porteur et dont il sera aussi la victime dans un âge plus ou moins avancé, selon l'hygiène qu'il suivra et selon aussi, il faut bien le dire, les conseils que vous serez appelé à lui donner.

Les premiers signes de l'arthritisme se montrent quelques mois après la naissance sous forme d'éruptions cutanées diverses, vésiculeuses, érythémateuses ou papuleuses, toutes prurigineuses. Quelquefois encore ce sont des poussées congestives du côté des muqueuses qui peuvent s'accompagner de spasme, telles que la laryngite striduleuse, les accès d'asthme, ou les crises d'éternuement survenant au réveil.

Lorsqu'approche la puberté apparaissent d'autres symptômes, tous commandés par une excitabilité réflexe exagérée, ce sont des spasmes vésicaux qui entraînent les mictions involontaires et nocturnes, ou bien ce sont des pertes séminales chez les jeunes gens. Puis plus tard surviennent des épistaxis, des hémorrhoïdes, de l'acné, des migraines, de la dyspepsie.

A l'âge adulte se montrent les troubles trophiques et les altérations vaso-motrices. La calvitie localisée à la portion du cuir chevelu innervée par les nerfs frontaux, une sécrétion séborrhéique abondante, la rétraction de certaines aponévroses, les douleurs vagues articulaires ou musculaires, les migraines, les digestions laborieuses accompagnées de bouffées congestives du côté de la tête, la constipation, les hémorrhoïdes.

Enfin, la période de l'âge adulte est également celle des troubles de la nutrition très marqués. C'est tantôt un embonpoint qui dégénère en obésité, tantôt la glycosurie, ou bien encore des accès de goutte, d'asthme ou de bronchite tenace qui viennent entrecouper l'existence déjà si tourmentée de l'arthritique.

La tension artérielle augmente, les artères devenant dures, et peu à peu s'installe l'artériosclérose avec son cortège de complications viscérales que vous connaissez bien, hypertrophie cardiaque, lésions de néphrite interstitielle, endartérite cérébrale, altérations qui terminent la vie de l'arthritique.

Telles sont, brièvement exposées, les nombreuses manifestations et l'évolution de l'arthritisme, il nous reste à entrer dans le détail de chacune d'elles, à en étudier de plus près les formes et les moyens de les combattre.

Gynécologie et Réclame (1)

Par M. le Professeur **H. Folet**

Je voudrais présenter, à propos d'une observation, ou plutôt d'une anecdote de ma pratique gynécologique, quelques réflexions qui vous intéresseront peut-être.

Il y a cinq semaines je voyais arriver dans mon cabinet une dame d'une trentaine d'années, ayant accouché il y a cinq ans et présentant depuis ce temps quelques légers dérangements utérins : Douleurs à l'époque des règles, leucorrhée pas très abondante, mictions un peu trop fréquentes, troubles névropathiques. Ennuyée de cet état, sur le conseil d'une amie, elle fit des injections avec la solution d'une poudre spéciale qui jouit d'une grande vogue dans une ville voisine de Lille. L'amie l'avait prévenue que l'usage de cette poudre lui ferait éliminer

(1) Communication faite à la Société de Médecine du Nord, le 25 mai 1900.

toutes les choses anormales et morbides qu'elle pouvait et devait avoir dans l'intérieur de ses organes. En effet, en une semaine elle avait recueilli dans l'eau de ses injections tout ce qu'elle allait me montrer. Mais elle avait depuis lors éprouvé une cuisson interne gênante ; et puis l'abondance de cette élimination l'avait un peu surprise et émue, et elle venait me montrer la chose.

Et, ce disant, elle m'exhibait le petit bocal que vous voyez, plein jusqu'en haut de membranes gris-blanc tassées. Au premier abord on eût dit un long tœnia très ramassé sur lui-même. Mais, à l'examen, c'étaient d'innombrables fragments pelliculaires de formes et de dimensions variées.

J'examinai la malade : Utérus très mobile, un peu gros, antéversé (ce qui expliquait les symptômes urinaires). Culs-de-sac souples, rien dans les annexes. Mais la muqueuse du vagin et du col était comme décapée, comme ayant subi récemment une vésication intense par un topique fortement irritant. En somme métrite légère, antéversion, vaginite intense par action chimique, telle était la situation de la malade, situation peu inquiétante et qui fut rapidement améliorée par des injections boriquées chaudes et par quelques pansements vaginaux à la gaze enduite de vaseline à l'airol.

Notre collègue et ami le professeur Curtis, prié par moi d'examiner les débris contenus dans le petit bocal, me remit la note suivante :

Ces lambeaux étalés sur lame et colorés montrent une structure nettement cellulaire. Déjà, avec un grossissement moyen et avec le pricrocarmin on reconnaît que ces lambeaux sont exclusivement formés de cellules épithéliales plates, provenant évidemment d'un épithélium pavimenteux stratifié. Tous les lambeaux ont une structure analogue et l'on peut affirmer que l'ensemble de ces détritus représente les produits d'une énorme desquamation épithéliale.

J'eus naturellement la curiosité de voir la « poudre blanche astringente du Lynx » dont s'était servie ma malade. J'en fis acheter à la pharmacie W..., à R..., qui a le monopole de la fabrication et de la vente. Le pharmacien a ajouté à la boîte, que voici, la liasse de prospectus que voilà. Chacun d'eux chante spécialement la gloire d'une de ses spécialités, toutes plus merveilleuses les unes que les autres : le « topique bleu » guérissant l'ozène, les polypes du nez, le lupus, le chancre des fumeurs, les cancers ulcérés ; — l' « onguent résolutif » pour l'eczéma, les dartres, les loupes, les tumeurs du sein, les rhumatismes et la goutte ; — « la liqueur gastrique » contre la dyspepsie, la dilatation, et le cancer de l'estomac, etc., J'en passe et des plus drôles. Mais c'est la « poudre astringente du lynx » qui est l'objet du dithyrambe le mieux corsé et le plus curieux, surtout en ce qui concerne la pathologie utérine ; car, si la poudre s'administre dissoute en lavements et en injections, c'est surtout le dernier mode d'emploi que vise le prospectus et c'est à ce propos qu'il émet des théories de physiologie thérapeutiques tout à fait réjouissantes, pour expliquer comment la poudre guérit les « congestions, inflammations, métrites, péritonites, salpingites, hémorrhagies, flueurs blanches, suppurations, descentes et faiblesses de l'organe, végétations, ulcérations, cancers, tumeurs, polypes, kystes, fibrômes ». Toute la lyre quoi, !

Cette poudre, en somme, c'est presque exclusivement de l'alun. Le vendeur l'avoue. Mais pastichant le pharmacien M. Homais, qui n'appelait jamais le sirop de gomme autrement que *syrupus gummi*, il vous le dit en latin. Et comme cela prend sur le badaud ! Et comme cela justifie le prix marqué ! Car enfin l'alun vaut cinquante centimes le kilogramme. Cent grammes, même additionnés d'un peu de sucre blanc, d'écale d'œuf et de coquille de moule écrasée, revendus à cent pour cent de bénéfice, vaudraient tout juste deux sous. Mais ce que l'on vous offre, bonnes gens, savez-vous bien ce que c'est ? Voici : *Sulfas aluminæ et potassæ, saccharum album, putamen ovi, Concha mytili.* — Coût : 2 francs.

Et, dans le boniment, quelle adroite mixture des préjugés populaires qu'il faut respecter pour les exploiter, et de vagues notions nosologiques et microbiologiques, naturellement mal comprises et déformées ; le tout saupoudré de quelques mots scientifiques à la mode que M. Tout le monde gobe de confiance. Savourez ce joli morceau :

A l'inverse des nombreux médicaments antiseptiques et caustiques employés jusqu'à ce jour et qui n'agissent que localement et sans choix sur tous les tissus et organes placés à leur portée, la Poudre, par les affinités électives et mystérieuses de son principe actif dont elle n'est que le véhicule, n'a d'action que sur les seules *productions morbides*.

A l'instar de la cellule phagocytaire et devenue son précieux adjuvant, dans la lutte de l'organisme contre les microbes et les néo-formations, elle se met à leur poursuite en cheminant à travers toutes les issues interstitielles placées à sa portée ; elle finit par les atteindre, les pénétrer et les détruire, et dans le cas spécial des néoplasmes utérins, les isole d'abord en les séparant de leur base, les mortifie, et finalement à une époque menstruelle, les rejette de l'économie avec les produits de la desquamation épithéliale.

Si la maladie a bien son siège dans les organes génésiques, dès les premières injections on remarquera la sortie de petites pellicules blanchâtres qui augmenteront en grandeur, épaisseur et couleur jusqu'à ce qu'à une époque menstruelle, et souvent avec des douleurs expulsives qui s'irradient de l'abdomen aux reins, elle évacue la tumeur ou le fibrome cause de la maladie dont la cure complète peut cependant varier de quelques semaines à quelques mois et même une année.

Après l'expulsion de la tumeur, ou du dernier kyste. (en général les kystes sont multiples et tombent un à un chaque mois (!), tandis que le fibrome est souvent unique) la *convalescence* survient. On la reconnaît à ce qu'il n'a

rien été expulsé au moment des règles dans le mois courant. Car tant qu'il y a expulsion, la période de convalescence n'est pas encore atteinte.

La gynécologie est devenue un excellent terrain de chasse pour les braconniers de la réclame. On conçoit en somme qu'à ces grossiers appeaux mordent et les femmes n'ayant que des troubles utérins insignifiants, mais qu'obsède, parfois de façon morbide, la terreur de la « maladie de matrice », de la « maladie des ovaires » ; — et les femmes très sérieusement touchées, un peu effrayées par les audaces. exagérées il faut le dire, de la chirurgie gynecologique d'il y a dix ou douze ans. A cette période outrancière a succédé une pratique généralement plus sage. Mais les femmes ne connaissent ces choses que par des renseignements attardés, ou ne les voient qu'à travers les tableaux d'une littérature romanesque entachée d'exagération et de pessimisme. Lire par exemple *Fécondité*, de Zola. On comprend aussi que ce ne soient pas uniquement les ineptes et les illettrées qui donnent dans la *poudre astringente*. Celle dont je viens de vous raconter l'histoire est une femme intelligente. Elle est mariée à un homme pourvu d'un haut grade universitaire et professeur dans un établissement public de notre région.

Et comme le mode d'emploi de la poudre est ingénieusement combiné pour persuader beaucoup de femmes de ses effets curatifs : La solution pour injections vaginales se fait avec 25 grammes, au moins, de poudre dans un litre d'eau, injection à prendre couchée, suivant la « méthode roubaisienne des injections, » dit le prospectus. Une femme, atteinte de métrite légère, prend durant le premier mois, conformément aux indications, deux injections vaginales quotidiennes. Destruction intense, sorte de tannage de la couche épithéliale du vagin : desquamation énorme. C'est prévu et annoncé. La malade s'applaudit du résultat : « C'est le mauvais qui sort ! Hein, tout ce que j'avais dans le corps ! ». Le deuxième et le troisième mois, trois injections par semaine ; l'élimination des lambeaux épithéliaux est moins forte : « Je vais mieux ! » le quatrième mois, une injection par semaine ; desquamation moins forte encore : « Je suis guérie ! » Et la malade va sonnant aux quatre coins de l'horizon des fanfares lyriques en l'honneur de la poudre astringente.

Quant aux autres, aux grandes malades (kystes ovariques, fibromes, annexites suppurées), plus ou moins empirées par ces injections incendiaires, elles vont échouer, à l'hôpital ou en ville, chez le chirurgien, avec quelques chances de guérison en moins. Mais elles se taisent et ne comptent pas, celles-là.

Celles qui ont le plus à souffrir de cet empirisme insensé, ce sont les femmes atteintes d'épithéliomas au début qui, sous l'influence de ce vésicatoire vagino-cervical, voient leur néoplasme s'aggraver rapidement et deviennent en peu de temps inopérables. C'est d'ailleurs aux cancers que les remèdes charlatanesques sont particulièrement nuisibles : nuisance directe et positive quand, comme ici, il s'agit de topiques ultra-irritants ; nuisance indirecte et négative quand, par l'administration d'un remède inutile et ridicule, comme le sont les prétendus dépuratifs, on fait perdre aux malades un temps précieux et on laisse passer le moment d'une intervention utile. Je me rappelle à ce propos deux cas de ma pratique :

L'hiver dernier un de mes confrères du département m'adresse une femme atteinte de cancer utérin ayant débuté par la muqueuse : Cavité du col ouverte et ulcérée (un grattage de fongosités permit au microscope d'affirmer le diagnostic : épithélioma) ; mais la surface extérieure du col est intacte ; les culs-de-sac sont souples, la matrice, grosse comme une orange, est absolument mobile ; bref le type de l'endo-cancer bien enfermé encore dans l'organe, un de ces cas où l'ablation par le ventre de l'utérus en bloc est une opération simple, relativement bénigne et peut donner des trêves longues, sinon des guérisons complètes. J'engage vivement la malade à se faire opérer sans tarder. Mais elle désire auparavant, puisqu'elle « perd beaucoup de saletés », s'administrer, sur le conseil d'une parente, un puissant dépuratif : la « Limonade des Quakers. » En vain je lui représente les graves inconvénients de la temporisation. « Elle veut faire un essai, pas long, quelques semaines ». Son médecin, qui l'a revue ces jours-ci, m'écrit que le col est détruit, et l'utérus fixé. Elle est devenue inopérable.

Autre fait : en 1894 j'opère une dame de 53 ans. Carcinome du sein, curage de l'aisselle Deux ans de tranquillité ; santé superbe. En 1896, noyaux dans la cicatrice, petit paquet ganglionnaire. Deuxième opération. A son gendre et à sa fille, m'interrogeant sur l'avenir, je réponds qu'une nouvelle repullulation est vraisemblable et qu'il n'y aurait autre chose à faire qu'une nouvelle ablation précoce, leur racontant l'observation, qui m'est familière, d'une femme que feu M. Parise et moi avons opérée cinq fois en neuf ans. Nouvelle trêve de dix-huit mois. Vers la fin de 1897, Mme X... m'arrive, toujours rayonnante de santé apparente, et me montre deux ou trois points d'induration autour de la cicatrice, parfaitement enlevables encore. Je propose l'ablation. Elle se récrie « Toujours des opérations alors ! » J'insiste ; elle se dérobe : « Je réfléchirai ». Elle réfléchit quatre mois. Un beau jour on me prie d'aller la voir. Je la trouve écroulée dans son fauteuil, jaune, amaigrie, cachectique. Les régions mammaire et sus-claviculaire, ainsi que l'aisselle, étaient envahies par un vaste gâteau cancéreux ulcéré par places, avec œdème énorme du bras. Douleurs excessives, plus de sommeil. Cachexie profonde.

La malade avait reçu ou trouvé le « Journal de la méde-

cine électro-dynamique », ou dynamo-électrique, je ne sais plus au juste, guérissant tout par les courants continus Elle écrit là-bas. La guérison est sûre au moyen d'un appareil qui coûte 150 francs, je crois. Envoi de l'appareil avec la manière de s'en servir. Au bout de trois semaines, les petites tumeurs ont un peu grossi. Elle écrit de nouveau. C'est que l'appareil nº 1 est insuffisant ; il faudrait l'appareil nº 2 dont le prix est de 250 francs. Les applications de l'appareil nº 2 sont fort douloureuses et la peau rougit. Elle s'en plaint. Cela n'est rien, lui répond-on, c'est une période pénible à traverser, cela prouve que la médication opère : continuez. Elle continue et, sous l'influence de cette électrolyse néfaste, arrive rapidement à la situation que j'ai décrite. Elle mourut peu de temps après. Il est clair que la *médication électro dynamique* avait donné à la récidive existante un formidable coup de fouet, hâté les ulcérations et très notablement empiré l'état, accru les souffrances et abrégé la vie de cette pauvre malade. Il y aurait certainement eu lieu à un procès en dommages-intérêts. Je le dis ; mais la famille répugnait à entrer dans cette voie. Elle ne voulait pas avoir l'air de spéculer sur la mort de leur parente ; la malade avait un frère qui occupait un assez haut grade dans l'armée et ne se souciait point que son nom fût mêlé à un procès retentissant. Les choses en restèrent-là.

Et cependant la demande de fortes indemnités pécuniaires, qui pourraient être versées à quelque œuvre de bienfaisance, serait le seul mode de répression efficace contre ces forbans de la basse réclame médicale. J'ai cru autrefois, étant très jeune, à la possibilité de la répression légale du charlatanisme et de l'exercice illégal. Eclairé par l'expérience, je n'y crois plus guère aujourd'hui. Les poursuites, quand elles ont lieu et si par hasard elles aboutissent à une condamnation bénigne, donnent l'auréole de la persécution au dupeur et ne corrigent pas une dupe. Après tout, s'il est fâcheux de voir des escrocs s'enrichir au détriment de la santé de pauvres gens crédules, il est d'autre part conforme à la logique et même à la morale immanente des choses que les sots pâtissent de leurs sottises. *Vulgus vult decipi. Decipiatur.*

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Lancereaux. La guérison définitive d'un anévrysme ne s'obtient qu'avec un nombre d'injections de gélatine, variable suivant les cas, mais que l'on peut évaluer à 25 ou 30 au minimum.

Société de Chirurgie. — Discussion sur le traitement de la maladie kystique de la mamelle. Cette tumeur étant bénigne ne nécessite point l'ablation (Reclus), mais il ne faut pas oublier que la dégénérescence cancéreuse est toujours possible (Tuffier).

Société médicale des Hôpitaux. — MM. Widel et Castaigne ont étudié la perméabilité pleurale dans les pleurésies. La disparition de la perméabilité correspond aux pleurésies arrivées à la période d'état.

Société de Biologie. — MM. Coyne et Hobbs ont observé un cas d'appendicite à bacilles pyocyaniques.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Purée de Viande crue

Par le docteur **P. Carles**
Agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Prenez une tranche de bœuf de 100 grammes environ, étendez-la sur un hachoir et pendant que vous fixez solidement une de ses extrémités de la main gauche, raclez-là vivement de l'autre main avec le tranchant d'un couteau, jusqu'à ce qu'elle ait été mise entièrement en pulpe.

Délayez cette pulpe à l'aide de quelques cuillerées de bouillon gras et forcez le tout à passer à travers un tamis de crin à l'aide d'une cuiller. De cette façon on séparera nettement les tendons et les aponévroses, qui sont une cause première de dégoût pour le malade et qui se montrent du reste réfractaires à la digestion.

Cette pulpe délayée dans du bouillon gras, même convenablement épicé, est peu appétissante ; mais si au contraire on l'additionne alors de quelques cuillerées de purée *fine* de lentilles ou de pois, son aspect et son goût sont totalement changés, si bien qu'à la dégustation, certaines personnes, non prévenues, nient que ce soit de la purée de viande crue.

La difficulté d'exécution consiste à donner à cette purée composée la température voulue au moment de la servir. On ne saurait, en effet, la chauffer directement sur le feu *sans la tourner*, c'est-à-dire sans coaguler les albuminoïdes et sans lui faire perdre du coup ses qualités de viande crue et sans changer aussi son aspect. L'intermédiaire du bain-marie est donc indispensable, même avec une agitation continue. Mais ce qui est plus simple, c'est de n'employer que du bouillon et de la purée de pois vers 60° et de chauffer à l'avance les récipients dans lesquels doit être placé le mélange. Au bout de une ou deux séances, la cuisinière la moins habile surmontera toutes ces difficultés. Il n'y a qu'à lui dire d'agir comme pour une crème chaude.

On voudra bien remarquer que l'adjonction d'un peu de féculent, n'est pas indifférente pour faire tolérer le médicament-aliment. Elle en fait un aliment complet d'une extrême digestibilité.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'hygiène dans l'Eglise.

Nous nous empressons de divulger l'initiative de l'évêque de Fano, Mgr Vincent Franceschini, lequel, s'intéressant aux expériences faites par le Dr Abba, de l'office sanitaire de Turin, sur la quantité des micro-organismes contenus dans l'eau bénite des églises, et se conformant aux conseils qui lui ont été donnés par ce docteur dans le but d'adopter dans les églises toutes les mesures hygiéniques rendues nécessaires par ces expériences, a envoyé une circulaire spéciale aux curés et recteurs des églises de son diocèse.

Dans cette circulaire il dit que l'Église, imitant en cela le Divin Sauveur, qui passait en faisant le bien et en guérissant aussi les corps, s'intéresse beaucoup au bien matériel des peuples.

Nous trouvons, par conséquent, assez juste—dit la circulaire — que les prêtres, surtout ceux qui ont charge d'âmes, profitent des enseignements vrais et certains des sciences modernes pour déraciner de l'esprit du peuple certains préjugés vieux et insensés, et pour encourager l'emploi de certains procédés qui ont été scientifiquement prouvés d'être utiles et nécessaires au bien-être public et à l'hygiène populaire.

Voici, à cet effet, les mesures recommandées et ordonnées par cette circulaire :

1° Dans toutes les églises on doit procéder, aussitôt après les jours fériés dans lesquels il y a eu agglomération extraordinaire de monde, à la désinfection du dallage au moyen de sciure de bois imprégnée d'une solution de sublimé corrosif à 1 pour 1.000. En temps ordinaire, on doit procéder fréquemment au balayage ordinaire, après avoir aspergé d'eau le pavage dans le but de ne point soulever d'énorme poussière.

2° Chaque semaine et même plus souvent, on procédera à époussetage des bancs et des confessionnaux au moyen d'éponges et de linges mouillés avec de l'eau pure.

3° On lavera chaque semaine et même plus souvent, s'il est nécessaire, les grillages des confessionaux avec de la lessive, puis on les polira.

4° Les bénitiers doivent être vidés chaque semaine et même plus souvent, si c'est necessaire, puis lavés avec de la lessive bouillante, qui pourrait être avantageusement remplacée par une solution de sublimé corrosif à 1 pour mille.

Pour que la circulaire remplisse son but, il a été institué aussi, par l'Autorité ecclésiastique, un service d'inspection ainsi que des pénalités pécuniaires payées au bénéfice de l'église par tous ceux qui transgresseraient les pratiques hygiéniques prescrites.

L'on doit faire des vœux afin que l'initiative de l'évêque de Fano soit imitée par tous les évêques qui doivent avoir à cœur, avec le salut de l'âme, celui aussi des corps des fidèles.

(Rassegna int. medic. modern.).

Sanatoria pour tuberculeux pauvres

La caisse d'épargne de Turin vient d'établir le projet d'un sanatorium pour les tuberculeux pauvres de la province de Turin. Une somme de 150.000 francs sera dépensée dans ce but. L'érection de ce sanatorium commencera lorsque l'on aura réuni des fonds suffisants pour l'entretien de quarante lits.

Ajoutons à cette occasion que le Conseil d'hygiène de l'Etat de l'Illinois (Etats-Unis) vient de projeter l'établissement d'un sanatorium pour tuberculeux. 250 000 francs seront alloués par l'Etat pour l'achat du terrain et la construction de ce sanatorium.

De même, parmi les projets de lois nouvelles proposées à New-York, se trouve celui d'établir un sanatorium pour tuberculeux. La loi alloue 1 million de francs à la construction de cet établissement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecins et pharmaciens

Les conventions tacites, ont, en droit, la même force obligatoire que les conventions expresses. Il en est ainsi principalement de celles qui résultent de l'usage, *nam diuturni mores consensu intentium comprobati legem imitantur*, disait déjà l'empereur Justicien dans ses *Institutes*. Une seule condition est nécessaire : il faut, mais il suffit, que celui qui invoque l'usage en démontre l'existence.

Ces principes étant rappelés, y a-t-il, entre médecins et pharmaciens, une convention tacite par laquelle le médecin qui soigne un pharmacien, s'oblige à le faire gratuitement ? C'est demander s'il existe entre médecins et pharmaciens des *duiturni mores consensu utentium comprobati* d'après lesquels les visites faites par les premiers aux seconds seraient gratuites. Or, la question a été récemment soumise à la justice dans les circonstances suivantes :

L'héritier d'un médecin, le docteur BELLANGÉ, réclamait à un pharmacien, M. DEBACHY, une somme de 99 francs pour soins et visites. Et, sur le refus de paiement de ce dernier, poursuite avait été intentée contre lui devant le juge de paix du XIe arrondissement de Paris. M. DEBACHY appuyait sa résistance uniquement sur cette allégation que « suivant un usage constant, les visites faites par un médecin à un pharmacien sont gratuites ».

Restait à faire la preuve de l'existence de cet usage. M. DEBACHY n'y réussit pas. Le juge de paix s'éclaira des lumières d'un expert, et, sur le rapport de cet expert, condamna M. DEBACHY, en se fondant sur les considérations suivantes :

« Attendu qu'il est constant que l'usage allégué n'existe

pas en tant que règle devant s'appliquer entre tous médecins et pharmaciens; — que si, en fait et ordinairement, le médecin qui est en rapports d'affaires et de clientèle avec un pharmacien ne réclame pas à ce dernier le prix de ses visites, cela s'explique par un échange de bon procédés, par la réciprocité des service rendus; — mais ce fait, purement volontaire et gracieux, ne saurait constituer une règle qui doive empêcher un médecin de réclamer le prix de ses visites à un pharmacien avec lequel il n'est pas en rapports habituels, et qui ne lui rend pas de services; — Attendu qu'en l'espèce, le docteur BELLANGÉ, de l'aveu même de DEBACHY, n'était pas son médecin habituel; — que le docteur BELLANGÉ fut appelé par DEBACHY en l'absence et pendant une maladie du médecin ordinaire... » — Justice de paix de Paris, XIe arrondissement, 5 avril 1899, rapporté dans la *Revue des Justices de paix*, numéro de mai 1900, p. 217.

Ces considérations nous semblent pleines de justesse et confirment de tous points les principes que nous avons rappelés au début. Notre question est une question de fait : le médecin doit ses soins gratuits au pharmacien si tel est l'usage. Mais le pharmacien doit prouver l'existence de cet usage, lequel, comme règle, ne peut pas être présumé et ne sera justifié que par des circonstances telles qu'elles impliquent que le médecin a consenti, par avance, à ne point réclamer le prix de ses visites à tel pharmacien en particulier.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Parmi les communications inscrites au programme officiel du **Congrès International de Médecine professionnelle et de déontologie Médicale**, Paris, 23-28 juillet 1900, nous relevons les suivantes qu'un médecin de la région est chargé de faire au nom du syndicat médical de Lille.

M. G. LEMIÈRE, sur le *mode de rétribution des médecins par les sociétés de secours mutuels*, le mercredi 25 juillet, à 2 heures.

M. G. LEMIÈRE. *Les sociétés d'assurances contre la maladie*, le vendredi 27 juillet.

Les FÊTES, organisées à l'occasion du **Congrès International de la Presse Médicale**, ont été arrêtées ainsi qu'il suit :

1° Le jeudi 26 juillet, à 2 heures de l'après-midi, au Pavillon de la Presse à l'Exposition, ouverture solennelle du Congrès par M. le Ministre du Commerce.

Le même jour, à 5 heures, à l'Hôtel de ville, Réception du Congrès par le Bureau du Conseil municipal.

2° Vendredi 27 juillet, soir, Réception chez le Président du Congrès, M. le Professeur CORNIL.

3° Samedi 28 juillet, le soir, à 7 heures et demie, Banquet à l'Exposition. Fête au Vieux-Paris.

4° Deux excursions seront organisées l'une à Versailles, l'autre à Chantilly, le dimanche 29 juillet.

5° Lundi et mardi 30 et 31 juillet, visites à l'Exposition.

6° Le mardi 31, Réception et Fête à l'Hôtel de Ville.

7° Le 1er août, Réception au Club médical par les *Sociétés savantes* de Paris.

8° Le 2 août, Réception au Ministère de l'Intérieur, chez le Président du Conseil, au nom du Gouvernement..

9° Le 9 août, Réception au Palais de l'Elysée, par le Président de la République.

Le Comité d'organisation du 1er Congrès international de la Presse médicale (26-28 Juillet 1900) a décidé d'inscrire à son ordre du jour les questions suivantes.

I. — Questions à l'Ordre du jour.

I. QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR : 1° *Opportunité de la fondation d'une* ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PRESSE MÉDICALE (Rapporteurs : MM. POSNER (Berlin), LABORDE (Paris), RUBINO (Naples).

2° *Application des principes de la protection de la propriété littéraire à la protection de la littérature médicale.* (Rapporteurs : MM. POUILLET, de MAURANS, et ROCHER (Paris), FASSET (Etats-Unis).

II. — AUTRES QUESTIONS. : 1° *Etude sur la constitution de la Presse médicale dans chaque pays.* (Rapports, pour les différents pays, par les Secrétaires de chaque Association, et par divers journalistes étrangers). — 2° *Abus du pseudonyme précédé du mot Docteur dans les articles réclames* (M. LÉVY). — 3° *Unification de la terminologie adoptée pour la bibliographie scientifique* (M. de MAURANS). — 4° *Affiliation des Associations de Presse médicale aux grandes Associations générales de Presse.* — 5° *Protection de la propriété des figures et planches figurant dans les journaux médicaux* (M. ALCAN, éditeur, Paris). — 6° *Du journal médical gratuit.* — 7° *De la publicité concédée gratuitement et de ses dangers.* — 8° *Place donnée aux comptes rendus des Séances des Sociétés savantes et répercussion sur l'état actuel des Revues spéciales* (M. BLONDEL, Paris). — 9° *Rôle de la Presse médicale dans l'organisation des Congrès médicaux.* — 10° *Des Echanges entre journaux médicaux.* — 11° *De la publicité concédée aux Compagnies de Chemins de fer.* — 12° *Des polémiques personnelles et du droit de réponse* (M. JAYLE). — 13° *De la solidarité professionnelle dans la Presse médicale.* — 14° *Rapports de la Presse médicale sanitaire et de la Presse politique* (*côté technique*) *au point de vue social* (M. BOSSI, de Gênes). — 15° *De l'emploi de la Classification décimale dans les*

publications médicales (M. le Pr RICHET, de Paris). — 16° *Emploi du Dictionnaire décimal international pour la traduction chiffrée des titres médicaux* (Marcel BAUDOUIN, rédacteur en chef de la *Bibliographia medica*). — 17° *La technique moderne des Tables des Matières des Revues médicales et scientifiques* (*Emploi de la Table décimale*) Marcel BAUDOUIN). — 18° *Règles internationales à établir pour la transcription des noms slaves en alphabet latin.* — 19° *Avantages et inconvénients de la Machine à composer pour les journaux de Sciences à petit tirage.* — 20° *Des frais d'encartage dans les journaux spéciaux.* — 21° *De la reproduction en couleur dans les journaux de Médecine.* — 22° *Reportage photographique dans la Presse médicale et Cinématographe.*

Les membres du Congrès, qui désireraient présenter un travail sur l'une de ces questions ou sur tout autre sujet de leur choix se rapportant à la *Presse medicale*, sont priés de s'inscrire auprès du Dr BLONDEL, secrétaire général, 8, rue de Castellane, à Paris, avant le 1er juillet.

Séances.

Le Congrès sera ouvert le 26 juillet, au Pavillon de la Presse, à l'Exposition, à 2 heures de l'après-midi.

Les séances des 27 et 28 juillet auront lieu à 9 heures du matin et à 2 heures de l'après-midi, dans le Grand-Amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine.

A partir du lundi 30 juillet, des salles spéciales et indépendantes, dans les bâtiments de la Faculté de Médecine, seront mises à la disposition des Comités nationaux de chaque pays. Chacune de ces salles servira de lieu de réunion aux Congressistes de même nationalité.

MM. les Membres du Congrès trouveront également à la Faculté de médecine, un bureau de postes et télégraphes, qui fonctionnera pendant toute la durée du Congrès et à partir du 30 juillet.

MM. les Congressistes pourront, de la sorte, faire envoyer leur correspondance à l'adresse suivante :

M. le Docteur X...
Membre du XIIIe Congrès international de médecine, Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le concours pour les prix de l'**Association des anciens internes de Lille** s'est terminé le 10 juillet, par la nomination de M. VANDEPUTTE, pour la section de médecine ; de M. DRUCBERT, pour la section de chirurgie.

SOUTENANCES DE THÈSES

Le mercredi 11 juillet, M. L.-J. DUVIVIER, de St-Amand (Nord), interne des hôpitaux, Lauréat (bis) de la Faculté, a soutenu, avec grand succès, sa thèse de doctorat, (6me série, n° 14), intitulée: **Rapports du rétrécissement mitral pur avec l'hérédo-syphilis.**

Le vendredi 13 juillet, M. Slavi N. KISSELKOFF, de Kotel (Bulgarie), externe des hôpitaux, a soutenu, avec succès, sa thèse de doctorat (6me série, n° 14), intitulée : **Paralysie traumatique pimitive du nerf radial dans la fracture de l'humérus.**

Le vendredi 13 juillet, M. Ch. DUBOIS, de Lille, interne des hôpitaux, moniteur de physiologie, lauréat de la Faculté et de l'association des anciens internes, a soutenu avec grand succès, sa thèse de doctorat (6me série, n° 13), intitulée : **de l'action des anesthésiques sur les réflexes ganglionnaires.**

M. CARETTE, Charles-Louis-Adolphe, de Houdain (Pas-de-Calais), a soutenu le 7 juillet, avec succès, sa thèse pour le pharmacopat supérieur, intitulée: **De l'action du carbonate de calcium sur quelques acides minéraux et organiques en solution alcoolique et des applications qu'on peut en tirer.**

Les jeudi 12 et vendredi 13 courant a eu lieu, devant un jury composé de MM. les professeurs COMBEMALE, président, LEMOINE, CASTIAUX, CALMETTE et SURMONT, le **concours pour une place de chef de clinique médicale** à l'hôpital de la Charité. M. le docteur INGELRANS était seul candidat.

A l'épreuve écrite la question *Veines saphènes, phlébites des membres inférieurs* sortait de l'urne, alors que les sujets suivants restaient : *Lobule hépatique et foie cardiaque. Queue de cheval; compression lente de la moëlle, anatomie pathologique exceptée.* 26 points ont été accordés sur un maximum de 30. L'épreuve clinique, ayant porté sur un cas de *Gangrène pulmonaire* et un cas d'*Arthropathie tabétique* était cotée 16 sur un maximum de 20. L'épreuve de laboratoire (examen des reins d'un sujet mort de *Néphrite aiguë*), lui a valu 16 sur 20. 19 points étaient accordés au candidat pour l'épreuve de titres sur un maximum de 20.

M. le docteur INGELRANS a été présenté pour remplir les fonctions de chef de clinique. Nous adressons à notre collaborateur et secrétaire de la rédaction toutes nos félicitations.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des Sciences.— M. le professeur CZERNY, d'Heidelberg, est élu Membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie.

Académie de Médecine. — Sont élus Membres correspondants nationaux, MM. les docteurs LORTET, de Lyon, TRIAIRE, de Tours.

Distinctions honorifiques

Epidémies. — Viennent d'être distingués d'une mention honorable : MM. les docteurs MARCAILHOU, de Blidah (Algérie), GAILLARDIE, de Toulouse (Haute-Garonne).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs MASSIN, de Vauconcourt (Haute-Saône); MONTE-ROSSI, de Olmi-Cappelle (Corse); Edmond COLLIN, de Marseille (Bouches-du-Rhône); SCHÜTZENBERGER, de Paris; REIGNIER, de Vichy (Allier).

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau formulaire magistral, par A. Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et G. Bouchardat, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris. *Trente-deuxième édition*, revue et augmentée de formules nouvelles, 1 vol. in-18, br. 3 fr. 50, cart. à l'angl. 4 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Le *Formulaire magistral* de MM. Bouchardat est depuis longtemps le vade-mecum des médecins et des pharmaciens. — Les formules usuelles des médicaments s'y trouvent toutes consignées et chaque édition nouvelle est mise au courant des progrès de la pharmacopée. C'est ainsi que M. G. Bouchardat signale, cette année, dans le groupe des analgésiques, l'introduction du *paramidon* et de l'*orthoforme*, l'apparition de plusieurs homologues de la codeine, l'*éthyle* et la *benzilcodéine*, de divers homologues ou succédanés de la cocaïne, de nouvelles combinaisons de matières albuminoïdes et d'oxyde d'argent, *argentamine*, *protargol*, etc. La description des sérums (*sérum antistreptococcique*, *sérum antitétanique*, etc.), et des produits de cultures bacillaires, rentrait également dans le cadre de cet ouvrage ; ils y sont mentionnés, quoique la préparation ne puisse en être effectuée dans toutes les officines. Par contre on a introduit les formules relatives à l'utilisation de certains produits de l'organisme vivant, tels que la pulpe du foie, les capsules surrénales et surtout les produits de la glande thyroïde, en recommandant la plus grande réserve dans l'emploi de ces préparations dont les effets ne sont pas encore complètement déterminés. C'est ainsi que près de 200 nouvelles formules choisies sont ajoutées à cette édition, dans laquelle le praticien retrouvera, comme dans les précédentes, des généralités sur l'art de formuler, un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, un mémorial thérapeutique, des notions sur l'emploi des contrepoisons, sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, un précis d'hygiène thérapeutique, documents qui tous ont contribué au succès de cette publication que leur caractère pratique et scientifique tout à la fois a placée au premier rang des ouvrages similaires.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

Six cas de colpo-hystéro-salpingo-ovariectomie avec extirpation des ligaments larges par un nouveau procédé, par le docteur Nicoletio (de Nice), extrait des *Archives provinciales de chirurgie*, 1899.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

27me semaine, du 1er au 7 Juillet 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	3
3 mois à un an	13	7
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	5	9
40 à 60 ans	10	7
60 à 80 ans	5	8
80 ans et au-dessus	1	1
Total	48	42

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	4	8	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	5	»	»	2	»	»	»	»	»	4	14	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	9	»	»	1	»	»	1	1	»	6	19	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	5	10	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	»	1	»	1	»	»	»	4	10	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	1	»	»	4	8	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	5	2
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	3	»	»	2	»	»	»	»	»	5	12	22
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	9
Total	»	1	»	»	»	»	»	3	5	5	22	»	»	14	»	2	2	1	»	35	90	129

N° 184. Quatrième Année. N° 29. Le Numéro : **10** centimes. 22 Juillet 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Brûlures et Tétanos

Leçon clinique de M. le professeur DUBAR

recueillie par le docteur **Potel**, chef de clinique.

MESSIEURS,

Si vous ouvrez vos livres classiques à l'article brûlures vous lisez, mais sans autres détails, que parmi les complications des brûlures, on peut rencontrer le tétanos. Mais les auteurs restent muets sur la fréquence de cette grave complication et sur les conditions qui la font apparaître.

Les brûlures, même les brûlures graves, ne sont pas rares dans mon service. Cependant, depuis plus de dix ans, je n'avais observé un seul cas de tétanos, quand, tout récemment, deux femmes sont entrées à la salle Sainte Thérèse, présentant des brûlures très étendues des téguments et l'une d'elles a succombé en peu de temps au tétanos.

Devant ces faits plusieurs questions viennent à l'esprit.

1° Les phénomènes présentés par notre malade doivent-ils être rapportés au tétanos ?

2° Avons-nous aujourd'hui des moyens de combattre efficacement cette redoutable complication ?

3° Pourquoi cette malade a-t-elle présenté du tétanos alors que sa voisine est restée indemne ?

Avant d'essayer de répondre à ces différentes questions, je vais vous rappeler rapidement l'observation de nos deux malades.

Mais tout d'abord, deux mots pour vous remettre en mémoire ce qu'on entend par les degrés de brûlure.

Vous savez que, depuis DUPUYTREN, les chirurgiens divisent les brûlures, suivant leur importance, en six degrés. Le premier degré est caractérisé par la rubéfaction simple, le second par la phlyctène, le troisième par la destruction de la couche superficielle du derme, le quatrième par celle du derme tout entier, le cinquième par la destruction des parties molles plus ou moins profondément, enfin le sixième par la carbonisation complète du membre. Ceci dit pour l'intelligence des observations qui vont suivre.

La première de nos malades est une femme de 37 ans, entrée dans notre service le 14 avril 1900, et qui occupe encore le numéro 15 de la salle Sainte-Thérèse.

Rentrant chez elle, elle veut préparer sa lampe à pétrole. Elle renverse par mégarde un peu de pétrole sur ses vêtements. Au moment où elle veut allumer

la lampe, ses vêtements prennent feu. Après une longue lutte elle réussit à éteindre le feu et à se débarrasser de ses vêtements mais non sans s'être brûlée grièvement les mains et les avant-bras, sans compter que certaines parties du corps présentent des lésions plus ou moins profondes.

Sur les mains et les avant-bras, nous constatons des brûlures des trois premiers degrés, sur le bras droit des brûlures du deuxième degré, sur la face, des brûlures du premier et du deuxième degré. Sur les membres inférieurs, les brûlures sont généralement des deux premiers degrés avec du troisième degré au niveau des genoux. Les lésions les plus profondes s'observent sur le ventre et la partie droite de la poitrine, où sur une grande étendue le derme est détruit dans toute son épaisseur.

L'état général est grave. Les douleurs, très vives sont combattues par des injections sous-cutanées de morphine. Il y a des vomissements alimentaires et de l'hypothermie. Le thermomètre descend à 35 degrés. Le pouls est petit et rapide. Les urines sont rares. Mais ces symptomes s'amendent dès le deuxième jour. La température revient peu à peu à 37 degrés. Les vomissements cessent et permettent l'absorption de lait coupé d'eau de Vals et d'eau de Vichy. Les urines deviennent plus abondantes.

Des pansements antiseptiques sont faits chaque matin avec le plus grand soin.

Aujourd'hui toutes les brûlures du troisième et du quatrième degré sont bien bourgeonnantes et en voie de cicatrisation. Déjà une série de greffes a été appliquée avec succès. D'autres greffes seront bientôt placées pour activer la cicatrisation et rendre celle-ci moins fragile.

La deuxième malade est une femme de 40 ans, ménagère, qui est entrée dans le service le 10 mai.

Voici comment elle raconte l'accident dont elle a été victime. Elle avait mis sur le feu un récipient contenant de la graisse, et était sortie. En rentrant, elle s'aperçoit que la graisse est enflammée. Elle s'approche du foyer, saisit le récipient pour le déposer par terre, mais dans un faux mouvement, elle répand de la graisse qui met le feu à ses vêtements.

Affolée, la pauvre femme sort de chez elle et va se jeter dans un abreuvoir voisin et quand des voisines accourues l'eurent sortie de l'abreuvoir et l'eurent déshabillée, elles s'apercurent qu'une grande partie du corps était couverte du brûlures.

Nous avons examiné ensemble cette malade. Vous vous souvenez que la partie inférieure du tronc, les fesses et la partie postérieure des cuisses n'étaient pour ainsi dire qu'une vaste eschare de couleur gris noirâtre avec quelques îlots de brûlure, au deuxième degré (phlyctènes à contenu jaunâtre). La nuque, les oreilles et le bras gauche montraient des phlyctènes déchirées au niveau desquelles les papilles du derme apparaissaient sous forme d'un piqueté rougeâtre.

Cette femme n'est entrée dans le service que trois jours après l'accident. De larges pansements antiseptiques ont été appliqués sur les brûlures avec eschares. Les brûlures plus superficielles ont été traitées par la solution concentrée d'acide picrique.

Pendant les quatre premiers jours la température s'élevait le soir à 39 degrés pour retomber le matin aux environs de 38 degrés. Le pouls baissa régulièrement de 120 à 100. Puis la température et le pouls baissèrent graduellement, la température à 37 degrés le matin, 38 ou 37 degrés 8 le soir, le pouls de 100 à 88.

Au début, les urines étaient peu abondantes, très forcées, mais ne contenaient pas d'albumine. Les selles, d'abord diarrhéiques, mais non sanglantes, devinrent plus rares. Il n'y eut pas de vomissement.

Les eschares se détachèrent peu à peu et firent place à des bourgeons charnus de belle apparence. Le derme, au moins en certains endroits, n'était pas aussi mortifié que nous l'avions craint. L'état général allait s'améliorant. L'appétit était revenu. Les œufs et le lait étaient bien supportés.

Le 26 mai, la malade est prise, après le pansement, de tremblement, et se plaint de douleurs assez vives. La peau est hyperesthésiée.

Le lendemain 27 mai, la malade se plaint d'éprouver une certaine difficulté à ouvrir la bouche et à avaler. Les masséters sont contracturés. Les sterno-mastoïdiens et les muscles de la nuque sont indemnes. Nous avons prescrit une potion contenant 8 grammes de chloral et une injection sous-cutanée de morphine.

A peine une heure après le début de ces contractures, tous les muscles postérieurs entrent en contraction à leur tour. La malade se met en opisthotonos, arcboutée sur la nuque et les talons. La face convulsée présente l'aspect connu sous le nom de rire sardonique. La respiration s'accélère, la face se cyanose. Le corps est secoué de convulsions tétaniques et se couvre de sueur. La mort arrive vers sept

heures du soir, sans que la malade ait perdu connaissance un seul instant.

En résumé, voici une femme, présentant des brûlures très étendues, les unes superficielles, les autres profondes qui, vingt jours après l'accident, dix-sept jours après son entrée à l'hôpital, alors que son état général et l'état local paraissaient satisfaisants, présente brusquement de la sensibilité de ses plaies, de l'hypéresthesie de la peau, puis des contractures des masseters, des sterno-mastoïdiens et de la nuque, s'étendant en quelques heures à tous les muscles postérieurs du corps et qui succombe en pleine connaissance, moins de douze heures après le début du trismus.

A n'en pas douter, il s'agit là d'un cas de tétanos. L'examen de la bouche et des dents est resté négatif. Nous n'avons point trouvé d'abcès, de plegmon, d'ostéopériostite qui puisse expliquer la contracture des mâchoires.

Il ne s'agissait pas davantage d'encéphalopathie urémique. Les urines étaient abondantes et ne contenaient pas d'albumine ; la température était normale.

Nous avons également éliminé de notre diagnostic la méningite cérébro-spinale et la myélite au début, car il n'y avait ni fièvre, ni douleur à la pression au niveau des vertèbres. En revanche, il existait de l'incurvation du tronc en arrière, du trismus, du rire sardonique que l'on ne rencontre pas dans ces deux affections. La malade n'avait point non plus pris de préparation contenant de strychnine.

Enfin il n'existait aucun signe de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

Bien que l'autopsie n'ait pas été autorisée et que la marche foudroyante de l'affection n'ait pas permis de faire des recherches bactériologiques, les phénomènes observés pendant la journée du 17 mai ne peuvent être rapportés à aucune autre affection que le tétanos.

Le tétanos a présenté ici une marche suraiguë et a évolué en quelques heures. Verneuil a décrit sous le nom de tétanos sidérant ou foudroyant, une forme qui tue en 24 ou 36 heures, avant la généralisation des contractures. Chez notre malade, la durée n'a été que d'une douzaine d'heures, et néanmoins les contractures se sont généralisées à tous les muscles de la partie postérieure du corps.

A côté de la forme suraiguë, il y a les formes aiguë et chronique que je vous rappelle sommairement. Dans la forme aiguë, le trismus apparaît peu de temps après la blessure, les contractures se généralisent rapidement avec paroxysmes fréquents, sans la moindre excitation. La fièvre est intense et atteint 40°, 41°, 42°. La température peut encore s'élever après la mort.

Dans la forme chronique, le tétanos se produit longtemps après la blessure. Le trismus existe seul pendant plusieurs jours, puis les contractures s'étendent peu à peu, et se généralisent sous forme opisthotonos, quelquefois d'épisthotonos, rarement de pleurostothonos.

Le calme renaît si l'affection marche vers la guérison, au contraire il y a recrudescence des phénomènes tétaniques si l'affection doit se terminer par la mort.

La mort est la terminaison habituelle du tétanos. La guérison a surtout été observée dans la forme chronique. La mort se produit presque constamment, comme chez notre malade, par asphyxie.

Avons-nous aujourd'hui des moyens de combattre cette redoutable affection ?

La mortalité est certainement moindre aujourd'hui qu'autrefois. Elle est d'autant plus forte que l'incubation est plus courte et que l'évolution de l'affection est plus rapide. Les statistiques donnent aujourd'hui 88 0/0 de mortalité pour la forme aiguë et cette proportion est plutôt optimiste. La forme chronique est beaucoup moins grave et donnerait 40 à 50 0/0 de guérison.

Le traitement du tétanos a varié avec les idées qui ont eu cours dans la science sur la pathogénie de l'affection.

Depuis Ambroise Paré, la *théorie nerveuse* a été acceptée par de nombreuses générations de chirurgiens ; ceux-ci considéraient la convulsion tétanique comme un réflexe pathologique ayant pour point de départ une irritation portant sur les nerfs périphériques et ils s'appuyaient sur ce fait que toute excitation extérieure déterminait un redoublement dans les contractures. mais ils ignoraient complètement la cause de l'irritation des nerfs périphériques. Néanmoins, c'est sous l'influence de cette théorie qu'ont été instituées les médications si utiles encore aujourd'hui des contractures tétaniques par les calmants, opium sous toutes ses formes, chloral, belladone, éther, etc. Les injections hypodermiques de morphine à haute dose, 5, 10 centigrammes par 24 heures,

le chloral à la dose de 8 à 12 grammes dans les 24 heures, séparément ou associés, donnent de très bons résultats, à condition d'être longtemps continués, car il ne faut pas oublier que ces médicaments ne s'adressent qu'à la contraction.

Il faut de plus éloigner les malades de toutes les causes d'excitation extérieure, les isoler dans une chambre obscure, loin de tout bruit.

La *théorie humorale* essaya d'expliquer la cause de l'irritation, point de départ des contractures réflexes. Dès 1854, SIMPSON admettait l'introduction par une plaie d'un poison dont les propriétés auraient été analogues à celles de la strychnine. Mais la nature du poison restait hypothétique. Suivant cette théorie, il était nécessaire de nettoyer les plaies, de les débarrasser des corps étrangers et quand on ne pouvait y parvenir complètement d'enlever, d'abraser les solutions de continuité, voire même d'amputer si la partie où se trouvait la plaie s'y prêtait. Cette conduite paraît avoir donné des succès, et beaucoup de chirurgiens en sont encore aujourd'hui partisans.

Enfin est née la *théorie infectieuse ou microbienne* universellement adoptée depuis 1884, époque ou NICOLAIEW découvrit le bacille du tétanos. Ce bacille a la forme d'un bâtonnet de 3 à 5 μ, présentant à l'une de ses extrémités, parfois aux deux, un petit renflement sporulé. Il est anaérobie. On le rencontre en abondance dans les couches superficielles du sol, dans les poussières.

Vous savez que VERNEUIL en particulier a soutenu que le tétanos avait une origine équine. D'après lui le cheval serait tétanifère. Le bacille de NICOLAIEW se rencontrerait dans les poils, sur la peau, dans les excréments du cheval. Aussi les terres fumées auraient-elles une virulence particulière.

A cela les partisans de l'origine tellurique répondent avec LE DANTEC, qu'on observe le tétanos aux Nouvelles-Hébrides où le cheval est inconnu, et où l'on enduit les flèches de terre de marais.

Quoi qu'il en soit, que l'origine de l'infection soit équine ou tellurique, il est démontré aujourd'hui que le tétanos se montre chez l'homme quand une plaie, si minime qu'elle soit, a été souillée de poussières contenant le bacille de NICOLAIEW. Les plaies contuses anfractueuses, difficiles à nettoyer, sont les plus favorables à l'infection.

Depuis la période antiseptique, les cas de tétanos ont beaucoup diminué. LISTER n'en a observé que deux cas en six ans. Pour ma part, c'est le premier fait que j'observe à l'hôpital depuis plus de dix ans. Mais pour le tétanos comme pour les autres infections, les soins antiseptiques doivent être donnés aussitôt après l'accident; quand plusieurs jours s'écoulent sans aucun soin antiseptique, il est souvent trop tard.

La forme et l'étendue des plaies, l'existence de portions mortifiées considérables, les associations microbiennes favorisent la prolifération du bacille de NICOLAIEW et l'éclosion des accidents. Or, chez notre malade toutes ces conditions se trouvaient représentées.

Connaissant la cause des accidents que nous avons observés, avions-nous un moyen efficace de les combattre ?

Il existe bien un sérum antitétanique que l'on a injecté de deux façons très différentes, soit sous la peau, soit dans l'intérieur même de la pulpe cérébrale.

Les injections sous-cutanées sont surtout préventives. Elles paraissent réussir à empêcher le développement du tétanos. Elles sont donc à recommander dans les plaies infectées en général, particulièrement dans les plaies anfractueuses et dans celles où il existe des portions mortifiées considérables.

Mais vous voyez de suite combien le contrôle est difficile, puisqu'il faut injecter le sérum avant tout accident, avant tout signe d'infection Dès que les accidents éclatent, le sérum n'agit plus.

Et puis d'ailleurs, le tétanos est si rare, l'antisepsie réussit si souvent à écarter tout accident, que l'on se résout difficilement à injecter du sérum à tous ses blessés.

Quant aux injections intrarachidiennes et intracrâniennes, elles n'ont donné jusqu'ici aucun résultat probant.

Enfin une dernière question se pose. Voici deux femmes qui présentent toutes deux des brûlures étendues. A peu près du même âge, elles sont toutes deux robustes et sans tare pathologique. Elles ont reçu les mêmes soins antiseptiques. Pourquoi l'une succombe-t-elle au tétanos, tandis que l'autre reste indemne. Je crois que nous en trouverons la raison dans la façon dont les soins immédiats ont été donnés. La malade qui a survécu a été amenée à l'hôpital aussitôt après son accident et a reçu de suite des soins antiseptiques et une désinfection soignée.

L'autre malade, au contraire, se voyant entourée

de flammes, est allée se jeter dans un abreuvoir. Elle est restée là jusqu'à ce que des voisins vinssent la retirer. On la ramène chez elle, et elle reste deux jours sans aucune désinfection sans aucun pansement. Ce n'est que le troisième jour qu'on l'amène à l'hôpital. Il est donc très probable que la pauvre femme s'est infectée dans cet abreuvoir et que le manque de soins a favorisé le développement des germes tétaniques.

Deux mots maintenant pour terminer. Le tétanos, qui constitue une complication relativement commune des plaies par écrasement, complique très rarement les brûlures. Il n'existe guère, dans toute la science médicale, du moins à notre connaissance, plus d'une quinzaine de cas, de tétanos consécutif à une brûlure. C'est pourquoi j'ai voulu aujourd'hui vous dire quelques mots de cette complication redoutable et d'autant plus pénible qu'elle emporte notre malade au moment où nous la croyions sauvée.

Note sur deux cas d'hyperthélie chez l'homme

Par **Clément Huriez**, externe des hôpitaux.

Le hasard nous a fourni l'occasion de rencontrer, dans le service de M. le Professeur Combemale, deux cas d'hyperthélie chez l'homme, dont nous allons relater l'observation.

Auparavant, nous croyons bien faire de citer les lignes suivantes, extraites de la thèse d'un de nos anciens camarades, le docteur Georges Dauthuile (1), médecin aide-major de l'armée, et qui résument toutes les notions intéressantes sur cette question.

« L'*hyperthélie* est une augmentation numérique » des mamelons, sans tissu glandulaire sous-jacent ; » nous réserverons le mot *polythélie* pour l'augmenta- » tion numérique des mamelons de la mamelle nor- » male.

» Ces petits mamelons accessoires possèdent sou- » vent une aréole pigmentée, quelques poils, et pré- » sentent parfois le phénomène du *télothisme* que l'on » observe sur le mamelon normal ; ils sont quelque- » fois très atrophiés et on peut les confondre alors » avec un papillome, une petite verrue, un nœvus, » une simple tache pigmentaire, mais cela n'autorise » pas à considérer les taches pigmentaires comme des » mamelons surnuméraires.

» La disposition de ces mamelons est assez régu- » lière ; ils peuvent être rangés symétriquement de » chaque côté ou être unilatéraux ; ils semblent se » cantonner, comme les mamelles accessoires, le long » d'une ligne tirée de l'épaule et de l'aisselle jusqu'au » pli inguinal.

» Tous les cas décrits par Von Bardeleben dans sa » grande statistique peuvent être ramenés à cette » ligne qui n'est autre chose que l'ancienne disposi- » tion de la ligne mammaire.

» Au niveau d'un seul point mammaire, chez l'em- » bryon, peuvent se développer plusieurs mamelons. » Chez l'adulte, on trouvera alors deux ou trois » mamelons accessoires pour une seule mamelle. Ces » mamelons donneront du lait comme le mamelon » principal. Tantôt ils seront situés sur l'aréole même » (polythélie sus-aréolaire), tantôt ils se développe- » ront entre celle-ci et la circonférence de la glande » polythélie exo-aréolaire. On peut trouver des » mamelons surnuméraires dans le creux axillaire, » au-dessus de la mamelle, sur celle-ci, au-dessous » d'elle. Des restes embryonnaires de la ligne mam- » maire qui se prolongeait à l'origine jusque sur » l'épaule ont pu donner naissance à des mamelons » retrouvés chez l'adulte en cette région ; d'une façon » générale, les mamelons accessoires situés au-dessus » de la mamelle normale sont placés en dehors de » celle-ci, vers l'aisselle ; ceux qui se trouvent au- » dessous se rapprochent de la ligne médiane : ni les » uns ni les autres ne s'éloignent jamais beaucoup du » centre d'évolution actif qui est la mamelle normale » et se développent souvent sur elle

» L'hyperthélie pure avec absence de tissu glandu- » laire trouve son explication dans une évolution » insuffisante de l'épiderme au niveau des points » mammaires ; celui-ci donnera naissance à l'épaissis- » sement formant mamelon, mais n'ira pas jusqu'à » former le champ glandulaire, c'est-à-dire les bour- » geons pleins qui doivent donner naissance aux » lobules et acini glandulaires.

» La fréquence de l'hyperthélie est très grande, » mais il faut se mettre en garde contre les statisti- » ques de certains auteurs, qui rangent parmi les for- » mations accessoires de simples taches pigmentaires, » des poils, sous prétexte qu'ils rappellent l'aréole du » mamelon et les poils qui l'entourent.

» Nous considérons que les mamelons et mamelles » accessoires sont des formations supérieures issues » d'une ébauche systématisée, et nous refusons à de

(1) Dauthuile, Thèse Lyon, 1899.

» simples nœvi, à des poils, que l'on peut rencontrer » un peu partout, la valeur d'organes mammaires » surnuméraires.

» C'est ainsi que LEICHTENSTERN donne un pourcen- » tage de 1/500 pour les mamelons surnuméraires, » Mitchell BRUCE 7 pour 100, VON BARDELEBEN (1), » après de nombreuses recherches faites dans les » conseils de révision en Allemagne, donne 14 pour » 100, et THIERRY, de Paris, 15 pour 100. Il est vrai » que ces deux derniers auteurs considèrent un sim- » ple poil ou une simple tache pigmentaire comme » représentant un mamelon.

» Il est intéressant de noter que l'hyperthélie est » deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la » femme ; par contre, nous verrons que la polymastie » est plus fréquente chez cette dernière.

» Ce fait semble facilement explicable par le peu » d'activité de développement qui se manifeste autour » des formations mammaires chez l'homme ; il peut » exister chez lui du tissu glandulaire sous un mame- » lon accessoire ; mais jamais il ne pourra être décelé, » puisqu'il ne passe pas par les phases d'activité et de » repos que traverse le tissu mammaire de la femme ».

Voici, maintenant, la relation des deux cas que nous avons observés :

OBSERVATION I. — Desq..., 62 ans, journalier, entre dans le service pour des douleurs rhumatismales ; à l'occasion de l'auscultation du cœur, nous notons que l'aréole gauche a un diamètre de deux centimètres et demi, celle de droite également ; la couleur de ces aréoles est peu foncée, celle des mamelons, très saillants et bien conformés, est d'un rouge un peu plus vif.

Sur le côté gauche du thorax, on observe un mamelon supplémentaire situé au-dessous et en dedans du mamelon normal à une distance de quatre centimètres. Si du mamelon normal A on abaisse une verticale AX, ce mamelon surnuméraire B est à cinq millimètres de distance BH de cette verticale.

A — 4 — B 0.5 H — X

Le mamelon accessoire forme une élevure arrondie, en forme de téton ; sa couleur un peu plus foncée le différencie à peine de l'aréole brunâtre, celle-ci est arrondie et a un diamètre de six millimètres. Au sommet du mamelon existe une dépression peu profonde, limitée par un rebord en croissant. On trouve au pied du mamelon quelques tubercules assez distincts correspondant à des glandes sébacées ; en outre le mamelon est entouré d'une couronne de poils.

(1) VON BARDELEBEN. Recherches ultimes sur l'hyperthélie chez les hommes (Anat. Anzeiger, 26 février 1892).

Le malade dit n'avoir connaissance d'aucune anomalie mammaire dans sa famille. Il faut retenir cependant que l'une de ses filles présente une double rangée de dents. Nous avons recherché s'il existait des signes de féminisme et nous n'en avons pas trouvé trace, pas plus d'ailleurs que chez le second sujet.

OBSERVATION II. — Dh..., Fleury, 40 ans, a été soigné dans le service, du 15 au 24 février 1900, pour une bronchite chronique avec emphysème pulmonaire. L'examen du thorax de ce malade nous a permis de constater aussi la présence d'un mamelon supplémentaire. Les deux aréoles ont un diamètre de deux centimètres et demi, leur couleur est peu foncée, celle des mamelons, qui sont assez saillants et bien conformés, tire un peu plus sur le rouge. Sur l'aréole droite on note la présence d'un petit nœvus. Sur le côté gauche de la poitrine, on observe un mamelon surnuméraire situé au-dessous et en dedans du mamelon normal à une distance de huit centimètres de celui-ci et à une distance de deux centimètres et demi de la verticale qui passerait par le mamelon normal A. La situation de ce mamelon surnuméraire correspond donc à la cinquième paire hypothétique de WILLIAMS. Ce mamelon est pourvu d'une aréole qui se confond insensiblement avec la peau et dont le diamètre est de huit millimètres, elle est un peu allongée dans le sens transversal. La couleur de cette aréole est la même que celle de l'aréole normale. Au centre on y remarque un bourrelet saillant de deux à trois millimètres environ, limitant une dépression centrale : ce bourrelet est marqué surtout en bas et en dehors.

A — 8cm — B 2cm5

Cette disposition différencie nettement ce mamelon d'avec un « grain de beauté », le sujet de cette observation en possède plusieurs dans les endroits où l'on est habitué de les rencontrer (cou, dos, bras), ce sont des taches pigmentaires bien délimitées, généralement plus foncées que le mamelon normal.

Le mamelon surnuméraire n'est pas érectile.

Interrogé au point de vue de l'hérédité, le malade dit n'avoir connaissance d'aucune anomalie mammaire dans sa famille.

BIBLIOGRAPHIE

G. DAUTHUILE (thèse Lyon, 23 janvier 1899).

LESEILLE (Thèse Paris, n° 358 1898-99). (*Contribution à l'étude des mamelles et des mamelons surnuméraires*).

P. SOYANOV YWANOVITCH (de Bulgarie). Note sur quelques cas de polymastie et polythélie chez l'homme (*Bulletin Soc. Anthrop.*, Paris 1898, fasc. 3, 301, 305).

BEGGS (W. N.) A case of Polymastia, West, M et S Gaz, Denver, 1897-8, i-541.

BRAQUEHAYE et REMLINGER. Mamelle surnuméraire au-dessous de l'ombilic chez l'homme. *Société de Biologie*, 1er juillet 1899.

Résection du genou droit avec ébouillantage à la cocaïne

par le médecin principal **Moty**, professeur agrégé libre au Val-de-Grâce

Voici en quelques mots l'histoire du malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société. Entré le deux février pour tumeur blanche non suppurée du genou gauche avec état pulmonaire et général grave, il est soumis jusqu'au vingt-quatre mars en traitement général par l'arséniate de soude à hautes doses (deux à quatre centigrammes dans la boisson de la journée) et aux vaporisations créosotées. Son poids passe sous cette influence de cinquante et un à cinquante-trois kilogrammes, après trente-trois jours de traitement (il est âgé de trente-quatre ans).

Le vingt-quatre mars, cocaïnisation avec une demi-seringue de solution au 100e injectée dans chacune des gaînes des nerfs sciatique et crural, un quart d'heure avant l'opération et la cocaïnisation ordinaire suivant le trajet de l'incision et dans les points profonds à ruginer, incision ordinaire en fer à cheval, résection des condyles fémoraux au niveau de leur partie supérieure; mais le trait de scie, étant tombé sur la limite du foyer tuberculeux, une deuxième section est pratiquée un peu au dessus de la ligne épiphysaire, ablation de la rotule, ébouillantage de la plaie, surtout du fémur, badigeonnage au naphtol camphré, résection de l'épine du tibia à la pince gouge, ablation des cartilages semi-lunaires et suture capsulo-aponévrotique au catgut; enfin suture en surjet aux crins de cheval.

Deux drains, pansement au bismuth et à la gaze au sublimé sèche, gouttière en zinc.

Aucun choc après l'opération bien supportée par le malade, à part quelques plaintes au moment du détachement du périoste.

Suites simples ; on applique, le 25 avril, un appareil silicaté, le malade se lève le six mai et commence à marcher le douze. Ses phénomènes pulmonaires ont été s'améliorant de plus en plus.

L'intérêt de ce fait réside surtout dans l'emploi de la cocaïne pour une opération de résection du genou. Le chloroforme nous paraissait dangereux en raison de l'état général et pulmonaire de l'opéré, et bien que l'intervention à la cocaïne n'ait pas été absolument anesthésique, il n'en a pas moins franchi sans secousse la crise opératoire qui se présentait sous des auspices peu favorables.

Il me reste à noter que les piqûres préalables dans les gaînes des nerfs n'ont paru avoir aucun effet sur la sensibilité du membre et que les piqûres en ligne sur le trajet de l'incision ont été parfaitement senties; nous en avons conclu que les piqûres nerveuses profondes avaient dû manquer leur but malgré la précaution prise de reconnaître le cordon nerveux par la palpation profonde, aidée des sensations du malade.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Landouzy a observé plusieurs cas d'empoisonnement grave chez des enfants chaussés de bottines enduites d'une teinture noire à l'aniline.

Société de Chirurgie. — M. Delbet a fait des expériences qui tendent à démontrer que l'on peut arriver à désinfecter complètement les mains du chirurgien.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Hirtz étudie la nécrose hémorrhagique de l'intestin par oblitération veineuse, et croit que l'on peut arriver à faire le diagnostic sur le vivant.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 20 Juillet 1900

Présidence de M. Looten, président.

Tuberculose verruqueuse de la peau chez un enfant

M. Ausset présente un enfant de 4 ans, sans antécédents héréditaires tuberculeux ou syphilitiques, entré dans son service au début du mois de juillet et paraissant jouir d'une excellente santé. Il y a trois mois environ, une arthrite tuberculeuse du coude droit commence à évoluer. Peu après, au niveau du poignet gauche, apparaissent de petites taches rougeâtres recouvertes de petites croûtes suintant un peu ; puis les mêmes accidents se manifestèrent au poignet droit, puis à la face interne de la cuisse gauche. Ces plaques irrégulières sont bordées, par une saillie dure et rugueuse au toucher. Il semble toutefois qu'il n'y ait eu que l'hypoderme de lésé.

Au-dessus de certaines plaques existaient de grosses verrues noirâtres, fendillées, adhérant si peu qu'elles tombèrent au bout de 2 à 3 jours. Devant un tel cortège de symptômes, **M. Ausset** porte le diagnostic de tuberculose verruqueuse de la peau. Cette affection, rare chez les enfants, est souvent le résultat d'une inoculation exogène. Dans le cas actuel, la porte d'entrée du bacille tuberculeux a échappé à toutes les recherches. Chez cet enfant il semble qu'il s'est produit une légère suppuration, et certaines plaques sont un peu plus fluctuantes. **M. Ausset** n'a pas encore fait de recherches bactériologiques, mais se propose de la faire prochainement.

M. Moty trouve le cas très intéressant, car il s'agit d'une affection cutanée peu connue. Ce qui est toutefois à noter dans l'histoire des tuberculides, c'est le polymorphisme de leurs manifestations ; les unes à bacilles tuberculeux, les autres symptomatiques de lésions par toxines tuberculeuses de voisinage et polymorphes. Ce petit malade présente les deux types: à la cuisse le premier genre, très voisin du lupus, aux poignets la seconde forme. Dans la forme à évo-

lution rapide, la seconde, il n'y a pas de bacilles. A un moment donné, évolue localement une tuberculose soit ganglionnaire, soit osseuse, et en même temps on voit se manifester une poussée d'ecthyma ; de prurigo. Ce sont là des tuberculides symptomatiques d'une intoxication générale.

M. Deléarde fait remarquer que l'hypertrophie du tissu adénoïdien, fréquente chez ces sujets, et que présente le petit malade, peut être cause de l'intoxication, et qu'il ne peut y avoir de toxines sans localisation de bacilles en un point de l'organisme.

M. Ausset reconnaît comme fréquente l'intoxication par les végétations adénoïdes qui ne sont en somme que des amygdales palatines hypertrophiées.

M. Moty résume la discussion en faisant remarquer que l'enfant a un coude tuberculeux, qu'il est infecté par le bacille de Koch, et que par suite il n'est pas étonnant qu'il fasse quelques localisations tuberculeuses cutanées, mais que, dans chaque cas, l'évolution est particulière.

Gastrostomie pour cancer œsophagien par le procédé de Marwedel

M. Lambret présente l'estomac d'un homme de 57 ans, sur lequel il a pratiqué une gastrostomie par le procédé de Marwedel. L'individu, très cachectisé, réclamant à grands cris l'intervention, mourut quarante-huit heures après. Bien que la mortalité opératoire dans les gastrostomies soit très élevée, cet individu succomba plutôt à sa cachexie qu'au choc opératoire.

Le procédé de Marwedel consiste à déterminer la formation d'une fistule stomaco-cutanée, continente, ne laissant pas écouler à l'extérieur le liquide gastrique.

Pour cela, après l'ouverture de la paroi, on incise les tuniques séreuses et musculeuses ; puis obliquement, après l'avoir décortiquée un peu, on ponctionne la muqueuse, on place une sonde molle de petit calibre, on a ainsi déterminé un conduit oblique ne permettant pas, la sonde étant enlevée, la sortie du suc gastrique par le trajet de la fistule. A ce procédé, un peu plus long que la simple gastrostomie directe, on peut toutefois reprocher que le canal peut se rétracter et finir par s'oblitérer, que le trajet fistuleux peut finir par disparaître. En tout cas le résultat immédiat est parfait, comme en témoigne la pièce présentée (*sera publié*).

Contribution à l'étude de l'aspirine

M. Combemale lit un travail sur les recherches faites dans son service avec l'aspirine (acide acétosalicylique) donné systématiquement à la dose d'un gramme. Il met successivement en relief les propriétés physiologiques de ce médicament et ses avantages comme antithermique (*sera publié*).

Récidive de diphtérie

M. Ausset dépose une observation de récidive de diphtérie. La première attaque avait été grave ; cinq mois après l'enfant fit une seconde dipthérie, beaucoup moins sérieuse toutefois (*sera publié*). P. V.

Variétés & Anecdotes

Une maison par famille

M. Max Gotz a attiré l'attention sur la nécessité qu'il y a pour les pouvoirs publics d'entraver la construction de grandes casernes devant abriter de nombreux locataires et de favoriser, au contraire, celles des petites habitations devant loger chacune une famille. Une campagne, dans ce sens, est poursuivie par les médecins dans plusieurs pays allemands. Les chiffres suivants qui établissent un rapprochement saisissant entre la mortalité et la densité de population de quelques grandes villes, montrent combien la question doit attirer l'attention de ceux qui s'occupent d'hygiène et ont souci des intérêts du pays.

Il y a par maison			La mortalité par 1 000 hab. est de
8	habitants	à Londres...........	23
32	—	à Berlin.............	25
35	—	à Paris..............	28
52	—	à Saint-Pétersbourg...	41
55	—	à Vienne	47

On conçoit aisément, dussent quelques propriétaires et possesseurs de terrains en souffrir, combien il est nécessaire de favoriser l'émigration en banlieue de la population médiocrement aisée des grandes villes, qui, par ce moyen seul, pourra trouver l'emplacement nécessaire à son installation hygiénique.

(*Revue scientifique*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La défense hygiénique contre la tuberculose en Hongrie

Depuis qu'il a été prouvé que la phtisie pulmonaire est une maladie infectieuse et transmissible d'un individu à un autre et dont il est possible de se défendre par des précautions convenables, les principaux Etats européens, profitant de l'avertissement, ont mis leur autorité au service de la défense hygiénique contre la tuberculose.

Voici, pour la Hongrie, les mesures qui ont été prises

récemment par le ministre du commerce, en vue surtout de protéger les classes ouvrières chez lesquelles la phtisie fait le plus de victimes.

Dans les habitations ouvrières des établissements industriels, les individus atteints de tuberculose dûment constatée, mais encore capables de travailler, doivent être autant que possible logés dans des locaux spéciaux ou tout au moins isolés pendant la nuit.

On doit particulièrement prendre soin d'assurer la propreté et avant tout l'aérage dans les habitations ouvrières.

Pendant les temps de repos des ouvriers — repos qui, d'après une loi de 1893, est obligatoirement d'une demi-heure le matin et l'après-midi, et d'une heure entière à midi — le patron est tenu, sous sa responsabilité, de faire convenablement aérer les ateliers. Et cette prescription doit être plus rigoureusement observée là où l'air est vicié par suite du grand nombre d'ouvriers. Le patron doit également veiller à ce que les ouvriers aient à leur disposition les locaux et les objets nécessaires à l'entretien de la propreté corporelle.

En outre, dans les exploitations industrielles, où la vente des denrées alimentaires est opérée par l'entremise de sociétés coopératives, les directeurs ont à contrôler tous les produits mis en vente, non seulement au point de vue de la conservation et de la pureté, mais encore en ce qui concerne la force alimentaire.

Toutes ces prescriptions sont sanctionnées par des peines. J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Pendant toute la durée du **XIIIe Congrès international de Médecine**, un Bureau central de la Presse sera organisé dans les bâtiments de l'Ecole pratique de la Faculté (à l'entresol du bâtiment en façade, rue de l'Ecole de Médecine). Le délégué spécial de l'**Association de la Presse Médicale Française** au Congrès, le docteur Blondel, s'y tiendra en permanence à partir du 30 juillet, assisté des Membres de l'Association entre lesquels un roulement a été établi à cet effet.

Ce Bureau comprendra une *salle des dépêches*, dans laquelle les journalistes médicaux trouveront tous les renseignements qui pourront leur être utiles pour leur service au Congrès, et une *salle de travail* où ils pourront s'isoler et rédiger leurs articles. Dès à présent, ils peuvent s'y faire adresser leur correspondance.

Dans chacune des 25 sections, autant que les locaux le permettront, il sera établi une salle de travail qui sera ouverte aux journalistes pendant la durée des séances, et, autant que possible, pendant l'heure qui suivra celles-ci.

Dans chacune des 25 sections un sous-secrétaire sera désigné spécialement pour les rapports avec la Presse.

Le mercredi 1er août 1900, aura lieu, à 7 h. 1/2 très précises du soir, sous la présidence de M. le Professeur Charles Richet, au Restaurant du Palais des Congrès, à l'Exposition (rue de Paris), un **banquet offe t a Lord Li ter**, le célèbre chirurgien de Londres.

Le prix du banquet est de 20 francs. S'inscrire le plus tôt possible, chez : M. le Professeur Richet (15, rue de l'Université); M. Louis Olivier (22, rue du général Foy); M. Max de Nansouty (21, avenue Flachat. Asnières); M. H. de Parville (*La Nature*, 120, boulevard St-Germain); ou aux Bureaux de l'*Agence de la Presse scientifique*, 93, boulevard St-Germain, qui se charge de transmettre les inscriptions au secrétaire de Scientia.

Dans sa séance publique de janvier 1901, la **Société Industrielle du Nord de la France** décernera des récompenses aux auteurs qui auront répondu d'une manière satisfaisante au programme des diverses questions énoncées ci-après.

Ces récompenses consisteront en médailles d'or, de vermeil, d'argent ou de bronze.

La Société se réserve d'attribuer des sommes d'argent aux travaux qui lui auront paru dignes de cette faveur, et de récompenser tout progrès industriel réalisé dans la région du Nord et non compris dans son programme.

A mérite égal, la préférence cependant, sera toujours donnée aux travaux répondant aux questions mises au Concours par la Société.

Les mémoires présentés devront être remis au Secrétariat Général de la Société, avant le 15 octobre 1900.

Les mémoires couronnés pourront êtres publiés par la Société.

Les mémoires présentés restent acquis à la Société et ne peuvent être retirés sans l'autorisation du Conseil d'administration.

Tous les Membres de la Société sont libres de prendre part au Concours, à l'exception seulement de ceux qui font partie, cette année, du Conseil d'administration.

Les mémoires relatifs aux questions comprises dans le programme et *ne comportant pas d'appareils à expérimenter* ne devront pas être signés ; ils seront revêtus d'une épigraphe reproduite sur un pli cacheté, annexé à chaque mémoire, et dans lequel se trouveront, avec une troisième reproduction de l'épigraphe, les noms, prénoms, qualité et adresse de l'auteur, qui attestera, en outre, que *ses travaux n'ont pas encore été récompensés ni publiés.*

Quand des expériences seront jugées nécessaires, les frais auxquels elles pourront donner lieu seront à la charge de l'auteur de l'appareil à expérimenter ; les Commissions en évalueront le montant, et auront la faculté de faire verser les fonds à l'avance entre les mains du Trésorier. — Le Conseil pourra, dans certains cas, accorder une subvention.

Voici les questions intéressant les médecins :

1° *Hygiène industrielle.* — Etude sur les maladies habituelles aux ouvriers du département du Nord suivant leurs professions diverses, et sur les mesures d'hygiène à employer pour chaque catégorie d'ouvriers.

Cette étude pourra ne porter que sur une catégorie d'ouvriers (tissage, teinture, mécanique, agriculture, filature, houillères, etc.).

2° *Denrées alimentaires.* — *A.* Etude sur l'institution, dans les grands centres, d'un système public de vérification des denrées alimentaires, au point de vue de leur pureté commerciale et de leur innocuité sanitaire.

B. Etudes sur les moyens de conservation des denrées alimentaires.

Les questions A et B pourront être traitées ensemble ou séparément.

Premier congrès international de la Presse médicale, 26-28 Juillet 1900. — Les cartes de congressistes seront retirées à partir du 20 juillet, 93, Boulevard Saint-Germain, à l'Agence Scientifique.

Ces cartes donnent droit à l'entrée à l'exposition, les 26, 27 et 28 juillet.

Les inscriptions pour le **XIII° Congrès International de médecine**, seront reçues jusqu'à la veille de l'ouverture du Congrès.

Tout docteur en médecine qui désire prendre part au Congrès doit envoyer aux bureaux du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine :

1° *Ses noms, prénoms et qualités* ; 2° *Son adresse* ; 3° *Sa cotisation de* **25 francs** ; 4° *L'indication de la section dans laquelle il désire être inscrit.*

Les adhésions seront reçues jusqu'à l'ouverture du Congrès, mais pour bénéficier de la réduction sur les chemins de fer, il est urgent de s'inscrire dès maintenant.

Le Congrès tiendra séance chaque jour (sauf le dimanche 5 août), soit en Assemblées générales, soit en réunions de sections.

XIII° Congrès international de médecine

PROGRAMME DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES DU CONGRÈS

Première Assemblée générale. — Le 2 août, à 2 heures, à la Salle des Fêtes de l'Exposition, sous la présidence de M. le Président de la République.

Partie officielle. — Discours de M. le Président du Congrès. Compte-rendu du Secrétaire général du Congrès. Adresses des Membres délégués des gouvernements étrangers.

Partie scientifique. — Discours de M. le Professeur Virchow : Traumatisme et infection. Discours de M. le Professeur Pavlov : Thérapie expérimentale comme Méthode nouvelle et extrêmement féconde pour les recherches physiologiques.

Deuxième Assemblée générale. — Le 6 août, à 2 heures, dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne.

M. le Professeur Bacceli : Traitement du tétanos par les injections sous-cutanées d'acide phénique. M. le Professeur Burdon Sanderson : Quelques problèmes pathologiques d'aujourd'hui. M. le Professeur Jacobi : La médecine et les médecins dans les Etats-Unis. M. le Professeur Albert : De l'architecture des os de l'homme et des animaux.

Troisième Assemblée générale. — Le 9 août, à 2 heures, dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne.

Attribution du prix triennal fondé, en 1897, par la ville de Moscou.

Proclamation du lieu de réunion du XIV° Congrès international de médecine et de son Bureau.

Clôture du Congrès.

Réunions de Sections. — Les séances des sections auront lieu chaque jour. Ces séances seront consacrées à l'audition et la discussion des rapports et des communications diverses. Chaque congressiste pourra prendre part aux travaux de toutes les sections, quelle que soit la section à laquelle il appartienne.

Visites dans les hôpitaux et laboratoires. — Quelques sections ont organisé ces visites à des jours et à des heures déterminés ; mais indépendamment de ces visites en commun, chaque congressiste pourra se rendre dans les hôpitaux ou laboratoires qui l'intéresseront.

Fêtes offertes aux membres du Congrès. — 3 août : Réception (sur invitation) par M. le Président du Congrès. 4 août : Fêtes offertes aux membres du Congrès par le Bureau et les Comités des sections du Congrès au Palais et dans les jardins du Luxembourg. 5 août : Fête offerte par M. le Président du Conseil, au nom du Gouvernement, dans la salle du Trocadéro, à deux heures de l'après midi. 7 août : Fête offerte par le Conseil municipal, dans les salons de l'Hôtel-de-Ville. 9 août : Fête offerte par M. le Président de la République au Palais de l'Elysée.

Avantages conférés aux membres du Congrès. — 1° Réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français (Une feuille de chemin de fer est envoyée à chaque congressiste, il la fait timbrer à la gare de départ, paie son billet place entière pour Paris, fait viser une seconde fois sa feuille dans les bureaux du Congrès et retourne chez lui gratuitement. Cette feuille a la validité de un mois, du 20 juillet au 20 août. — 2° Entrée gratuite à l'Exposition pendant la session du Congrès, du 2 au 9 août. — 3° Insigne consistant en une plaquette artistique gravée pour le Congrès par M. Vernon. — 4° Facilités de logement par l'intermédiaire des agences avec lesquelles le Congrès s'est mis en rapport.

Participation des Dames au Congrès. — Les dames des congressistes seront invitées à la séance d'ouverture et à

toutes les Fêtes générales ; mais elles ne participeront pas aux avantages conférés aux membres du Congrès (réduction sur les chemins de fer, entrée gratuite à l'Exposition).

Ces dames devront se faire inscrire, pendant la durée de Congrès, au siège du Comité des Dames (Salle du Conseil de la Faculté de Médecine). Pour avoir droit à cette inscription, toute dame devra être présentée par son mari, son père ou son frère, membre du Congrès ; la carte nominative qui sera délivrée donnera droit d'entrée à la Séance d'ouverture et aux Fêtes générales.

L'insigne des membres du Congrès (ruban et plaquette) sera donnée, aux dames régulièrement inscrites, moyennant la somme de *trois francs* destinée à en couvrir les frais.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le mardi 17 juillet, devant un jury composé de MM. les professeurs Debierre, Wertheimer, Laguesse, Bédart, ont eu lieu les **Concours pour les prix** réservés aux élèves de première et de seconde année.

Les candidats de première année ont eu comme sujet d'Anatomie, le *Trajet des fibres nerveuses dans la moelle et leur terminaison dans l'encéphale,* à l'épreuve écrite ; à l'épreuve de dissection, le *Nerf circonflexe.* Après élimination spontanée de la plupart des candidats, la médaille a été attribuée à M. Duburque (Paul).

Les candidats de seconde année ont eu à traiter par écrit, comme sujet de Physiologie, de l'*Excitabilité et de la conductibilité des nerfs,* et comme sujet d'Histologie, de l'*Accroissement d'un os long.* Ils avaient, à l'épreuve pratique, cinq coupes à reconnaître. Des quatre candidats inscrits deux sont restés et une médaille a été attribuée à M. Dancourt, une mention à M. Crétal.

Les candidats de troisième année ont eu pour composition écrite : *des kystes du creux poplité*; ceux de quatrième année : *anatomie pathologique, symptômes et diagnostic de l'impaludisme ; procidence du cordon.* La suite du concours est remise à mardi 25 courant.

SOUTENANCES DE THÈSES

Le mardi 17 juillet, M. P.-C.-G. Barroyer, de Cambrai (Nord), externe des hôpitaux, a soutenu avec succès sa thèse inaugurale (6me série, n° 8) intitulée : **Les sarcomes de l'orbite, leur pronostic.**

Le mardi 17 juillet, M. P.-A. Paquet, de Lille (Nord), ancien interne des hôpitaux, a soutenu avec succès sa thèse inaugurale (6me série, n° 12) intitulée : **Contribution à l'étude des sinusites maxillaires et de leurs complications orbito-oculaires.**

Le jeudi 19 juillet, M. C.-L.-A. Carette, de Houdain (Pas-de-Calais), pharmacien supérieur, lauréat (ter) de la Faculté, ancien chef des travaux de chimie organique, a soutenu avec grand succès sa thèse inaugurale (6me série, n° 10) intitulée : **Contribution à l'étude des méthodes d'examen du suc gastrique.**

Le samedi 21 juillet, M. P.-J.-F. Wagon, d'Oisy-le-Verger (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès sa thèse inaugurale (6me série, n° 15) intitulée : **Contribution à l'étude des quatre principales opérations qu'on peut être appelé à pratiquer dans les rétrécissements du bassin chez les femmes rachitiques.**

Le samedi 21 juillet, M. L.-M.-A. Philippot, de Toulouse (Haute-Garonne), a soutenu avec succès sa thèse inaugurale (6e série, n° 9) intitulée : **Du traitement des métrorrhagies par la faradisation.**

Le samedi 21 juillet, M. R.-F.-P. de Casteras, de Nanteuil (Charente), ancien externe des hôpitaux, interne à l'asile d'aliénés d'Armentières, a soutenu avec succès sa thèse de doctorat (6e série, n° 17) intitulée : **Contribution à l'étude du traitement des psychoses par l'alitement.**

Le samedi 21 juillet, M. G.-M.-A.-J. Marlier, de Doignies (Nord), ancien externe des hôpitaux, a soutenu avec succès sa thèse de doctorat (6e série, n° 16), intitulée : **L'oxycamphre, médicament antidyspnéique.**

Notre « Carnet »

Un fils, André-Paul, vient de naître à notre excellent collègue, le professeur Charmeil. Nos compliments et nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Le docteur G. Lestoquoy, de Solesmes, vient d'avoir la douleur de perdre sa fillette Antoinette.

La **Société de patronage des Etudiants étrangers** fait aujourd'hui son excursion annuelle 22 juillet. Le but de l'excursion est Dunkerque avec arrêt à Bergues.

Empoisonnements à Maubeuge

Des cas d'empoisonnement se sont déclarés dernièrement dans le 2e batterie du 2e bataillon d'artillerie à Maubeuge. Dans une journée, cinquante-quatre soldats atteints de coliques étaient indisponibles. Quatorze entrèrent à l'hôpital. Ce chiffre monta à trente-deux le lendemain sans parler des cas peu graves. Ces malheureux ont beaucoup souffert. On attribue ces commencements d'empoisonnement à l'*absorption des saucisses que le transport et la température orageuse auraient décomposées.*

Dans le corps de santé militaire nous relevons les récentes **nominations et mutations** intéressant notre région : M. le docteur Lefebvre est nommé médecin-major de 2e classe, et désigné pour le 29e d'artillerie, à Laon ; M. le médecin aide-major de 1re classe, Paul, est désigné pour le 8e chasseurs à pied, à Amiens.

Distinctions honorifiques

Sont promus ou nommés dans l'ordre national de la

Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent : au grade d'*officier* : MM. les docteurs BERNARD, maire de Cherbourg ; FONTAN, médecin en chef de la marine ; ROUFLAY et BAR, médecins principaux de 1re classe, et TAUFIN et MESTRUDE, médecins-majors de 1re classe de l'armée active ; DESPREZ, médecin-major de l'armée territoriale à Paris. Au grade de *Chevalier* : MM. les docteurs FOURNOT, MORER, HUBLÉ, GANCEL, PANTIÉ, STOUFF, MAROTEL d'ARRAS, WISSEMANS, médecins-majors de 1re classe ; VALISSANT, LEBON, BOYÉ, BERTHOUD, KNOLL, COMTE, LABROUE, FOLLIASSON, OLIVIER, BENOIT, PICHON, médecins-majors de 2me classe ; LEMAISTRE, de Limoges, et MARTIN DE SAINT-SEMMERA, médecin principal de 2e classe et major de 2e classe de l'armée territoriale ; THOUVENIN, de Vézelize (Meuse), HAGEN, SANTELLI, GORRON, FALLIER, DEPIED, GALBRÜNNER, GARDINEL, BERTIER, MAYOLLE, DESSEMOND-SICARD, RICHER DE FORGES, DEROBERT, médecins de 1re classe de la marine ; DULISCOUET, médecin de la marine de réserve.

Mérite agricole. — Sont nommés *chevaliers*, MM. les docteurs LOMBARD, de Paris, vice-président de la ligue d'intérêt public ; MOULÉ, de Paris ; *officiers*, MM. les docteurs GUILLIER, de Brûlon ; LABROUSSE, conseiller général de la Corrèze ; LOUBRIEU, de Paris ; VIGENAUD, de Clermont-Ferrand.

La Médaille d'honneur des épidémies a été décernée pour actes de courage et de dévouement à MM. les docteurs BROU-DUCLAUD, médecin de la marine, en vermeil ; LAFFAY, médecin de la marine, en argent ; REY, de Charenton, en mention honorable.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DELAUNAY, de Versailles (Seine-et-Oise) ; HANTZ, médecin de 1re classe des colonies.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

— **Nouveau formulaire magistral**, par les docteurs BOUCHARDAT et BOUCHARDAT, 32e édition, *Paris*, Alcan, 1900.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

28me SEMAINE, DU 8 AU 14 JUILLET 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	7
3 mois à un an	9	5
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	3	3
40 à 60 ans	9	6
60 à 80 ans	8	9
80 ans et au-dessus	»	1
Total	41	34

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	4	»	»	1	»	»	»	»	»	5	13	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	1	»	»	1	»	»	2	8	23
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	2	»	»	»	1	»	8	14	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	2	1	»	»	1	»	1	8	17
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	2	7	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	4	12
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	7	»	»	»	»	»	»	1	»	2	11	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Total	»	»	»	»	»	»	»	3	8	5	22	»	»	8	1	2	1	2	»	25	73	123

N° 185. Quatrième Année. N° 30 Le Numéro : **10** centimes. 29 Juillet 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Cure opératoire des Hernies inguinales

par le Médecin Principal **Moty**,
Médecin-Chef de l'Hôpital militaire de Lille.

La cure dite radicale est une opération qui a conquis définitivement une place importante et même prépondérante dans le traitement des diverses variétés de hernies ; ses procédés sont aujourd'hui bien connus de tous les chirurgiens dans leurs temps essentiels et ses résultats sont tels que les malades le réclament de plus en plus ; mais pour peu qu'on ait opéré un certain nombre de hernies, on se rend compte des différences considérables qui caractérisent cette opération pour des cas absolument semblables en apparence et l'on comprend que bien des points de la technique opératoire des hernies méritent d'être précisés. C'est ce que nous nous proposons de faire dans cet article qui repose sur 150 observations environ.

Toutes ces opérations ont trait à des sujets mâles âgés de 17 à 55 ans, qui, presque tous, ont été suivis pendant un temps suffisant pour permettre une appréciation assez exacte des résultats obtenus, surtout si l'on admet, avec LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, que la majeure partie des récidives se produit dans le mois qui suit l'intervention. Sur le chiffre de 150, on ne compte que 2 hernies crurales et 5 ou 6 hernies de la ligne blanche. C'est donc seulement sur le traitement de la hernie inguinale que nous insisterons, en nous contentant de résumer à un point de vue général la question du diagnostic et des indications opératoires dans cette affection.

Diagnostic. — Les tumeurs d'apparence herniaire de la région inguinale se caractérisent par leur mollesse et leur réductibilité partielle ou complète, par la continuité de leur partie profonde avec un pédicule plus ou moins épais et par leur siège dans les enveloppes du cordon ou dans la vaginale pour les hernies inguinales et dans le canal crural pour les hernies du même nom.

La première question à résoudre en face d'une hernie du pli de l'aîne, est celle de son siège réel ; pour cela, il n'y a qu'à la réduire, à placer le bord cubital de la main le long du pli de l'aîne et à faire tousser le malade pour provoquer la réapparition de la tumeur; si elle se présente au-dessus de la main, elle est inguinale ; dans le cas contraire, elle est crurale ; en cas d'irréductibilité on poursuit avec douceur le pédicule de la hernie de manière à déterminer s'il remonte ou

non au-dessus du pli inguinal. Ce diagnostic est, on le voit, des plus précis et des plus faciles, mais à une condition, c'est d'y regarder d'assez près, faute de quoi les erreurs sont fréquentes, car rien ne ressemble à première vue à une hernie inguinale comme une hernie crurale à siège élevé ; il ne faut donc pas craindre d'introduire sans violence la moitié du doigt dans l'orifice herniaire quand la chose est praticable, car alors l'erreur devient impossible.

Quant à reconnaître le contenu d'une hernie, c'est un point de diagnostic si complexe que nous pouvons à peine en indiquer les principales lignes :

1° La hernie est sonore à la percussion, elle se réduit brusquement, elle est molle, donne une sensation de sac de gaz à la palpation et un bruit de gargouillement à la réduction : c'est une hernie intestinale ;

2° La hernie est mate, elle se réduit et se reproduit lentement, elle donne à la palpation la sensation d'un sac de graisse ou de millet et ne gargouille pas : c'est une hernie épiploïque. Presque toutes les petites hernies sont épiploïques, les grosses intestinales, les moyennes assez souvent mixtes ;

3° Les cas spéciaux sont de nature très variée : l'existence de l'appendice seul dans une hernie produit une tumeur cylindrique, allongée, difficile à réduire sans symptômes intestinaux à l'examen objectif.

La hernie de la vessie, quand elle est petite, forme une tumeur dure, se rapprochant plus ou moins du type oblique interne.

La dilatation d'une veine du cordon peut se comporter comme une hernie épiploïque ou mieux comme un sac herniaire ne contenant que du liquide facilement réductible.

Les varices lymphatiques du cordon, si démesurément volumineuses dans le « lymphoscrotum » des malades atteints de filariose ressemblent tellement aux hernies épiploïques qu'on ne les en distingue avec certitude que par l'examen des ganglions de l'aîne également variqueux et surtout par les commémoratifs confirmés par la constatation d'embryons de filaire dans le sang pendant la nuit.

Il est enfin des cas où la graisse sous-péritonéale se développe au niveau du canal et forme un petit lipome enkysté jouant si bien la hernie épiploïque qu'on ne peut l'en distinguer, même au cours de l'opération, qu'avec une grande habitude et par un examen minutieux de la masse graisseuse réséquée.

Notre cadre ne nous permet pas de nous étendre plus longuement sur la question du diagnostic ; nous passons donc aux indications opératoires.

Indications opératoires. — On doit placer en première ligne, parmi les indications opératoires, l'*étranglement* herniaire à tous les degrés. On peut se demander, dans certains cas, si la conduite la plus sage n'est pas de tenter la réduction par un taxis doux en vue d'opérer ensuite la hernie « à froid » et l'on ne saurait blâmer un chirurgien qui, appelé d'urgence pour une hernie étranglée depuis peu, croirait devoir la réduire séance tenante sans prendre le temps de rassembler les aides et le matériel nécessaires à une intervention plus radicale ; mais cette conduite, que j'ai suivie moi-même, ne doit être admise qu'à titre exceptionnel, comme un procédé de nécessité, car elle laisse le chirurgien dans l'incertitude sur l'état du contenu du sac et elle offre par ce fait même un danger auquel on n'est certain d'avoir échappé que deux ou trois jours après la réduction. C'est donc avec raison que M. CARLIER, notre collègue, a défendu le principe de l'intervention immédiate dans toute hernie étranglée (*Société de Médecine du Nord*).

Il est cependant encore une remarque à faire, c'est que si les circonstances ont amené le chirurgien à réduire à tout hasard une hernie étranglée et si les phénomènes intestinaux et péritonéaux prennent ensuite une marche favorable, il faut se garder d'intervenir pendant cette période de défense et de troubler ainsi le travail de résorption et d'exsudation plastique qui s'accomplit silencieusement dans le péritoine; puisque la hernie est réduite et que l'étranglement n'existe plus, il n'y a plus aucune urgence d'intervention et la marche progressive de la péritonite pourrait seule légitimement forcer la main du chirurgien ; en dehors de ces cas malheureux d'un pronostic si grave, il faut laisser la nature accomplir son œuvre par la mise en jeu de la résistance du péritoine; celui-ci possède en effet une puissance défensive à laquelle on commence à rendre justice depuis que l'ouverture de l'abdomen permet de constater à ciel ouvert les prodiges qu'elle a seule accomplis.

L'intervention se trouve encore indiquée dans les hernies non étranglées :

1° en cas de troubles intestinaux ; 2° en cas de douleurs : 3° en cas de bandage mal toléré ; 4° en cas de volume considérable sans irréductibilité.

La bénignité de la cure radicale des petites hernies mise en regard des graves dangers d'un étranglement inopiné à la suite d'un faux pas ou d'un effort brusque, volontaire ou involontaire, agrandit de plus en plus le champ des indications opératoires dans les hernies et il est à prévoir que la simple constatation d'une tumeur herniaire chez un adulte et le désir exprimé par le patient d'échapper aux dangers d'étranglement et aux désagréments du bandage suffiront à faire de la cure radicale, une opération justifiée et même obligée.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Les hernies inguinales sont dites acquises ou congénitales suivant que leur sac est ou n'est pas séparé de la vaginale par une cloison. En réalité, presque toutes les hernies sont congénitales et les hernies dites acquises se logent au début dans un sac de petites dimensions qu'elles distendent et refoulent ensuite peu à peu en bas et en dedans, au fur et à mesure qu'elles augmentent de volume; aussi voit-on quelquefois des sacs herniaires formés de deux parties distinctes, l'une, inférieure, résistante et d'un blanc nacré, l'autre, supérieure, mince, translucide et peu adhérente ; cette partie constituée par le péritoine pariétal sorti récemment de l'abdomen peut être considérée comme acquise, tandis que l'adhérence intime de la partie nacrée aux organes du cordon ne permet pas de la considérer comme un sac de néoformation.

Sous ces réserves nous étudierons successivement les hernies dites acquises ou extra-vaginales qui sont les plus fréquentes, et les hernies congénitales dont le sac communique avec la vaginale.

Hernies acquises. — Avant de décrire le manuel opératoire, il est utile de rappeler que le canal inguinal oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, traverse la paroi abdominale à un doigt au-dessus du ligament de Poupart ; son orifice supérieur profond elliptique est formé aux dépens du fascia transversalis et siège un peu au-dessus du milieu du pli de l'aine ; son orifice inférieur superficiel, formé par une échancrure également elliptique de l'aponévrose du grand oblique, correspond à l'union du tiers moyen et du tiers interne du pli de l'aine ; entre ses deux orifices, le canal est limité en arrière par le fascia transversalis, en avant par l'aponévrose du grand oblique, en haut par le bord inférieur du petit oblique, en bas par un coussinet celluleux reposant sur le ligament de Poupart et dans lequel rampe l'artère circonflexe iliaque à partir du milieu du pli de l'aine. Ces données suffisent, car les variétés individuelles de largeur et de longueur du canal sont assez considérables, et d'ailleurs plus la hernie est grosse, plus cette longueur du canal diminue, si bien qu'il finit par se transformer en un large orifice circulaire.

Presque toutes les hernies inguinales suivent le trajet du cordon et l'artère épigastrique se trouve en conséquence au côté interne de l'orifice profond du canal dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Le but à atteindre dans l'opération des hernies dites acquises, de petit volume, est :

1° De supprimer le sac après avoir réséqué son contenu épiploïque ou réduit l'intestin quand c'est lui seul qui constitue la hernie ;

2° De rétrécir le canal sans diminuer sa longueur et en respectant tous les organes du cordon.

Le chloroforme est tout à fait inutile chez l'adulte ; on procède donc de la façon suivante :

1° Cocaïnisation de la peau suivant la ligne d'incision et des parties voisines du sac avec la solution au 1/100e ; deux ou trois seringues de Pravaz suffisent ;

2° Incision de cinq à sept centimètres, suivant le volume de la hernie, parallèle au pli de l'aine, à trois centimètres au-dessus de lui et un peu en dedans du tiers moyen de ce pli ; avec les ciseaux, on incise rapidement le tissu cellulaire sous-cutané dans lequel rampent deux branches assez volumineuses de la tégumenteuse abdominale que l'on pince avant ou après les avoir sectionnées ; si l'incision est petite, on peut les ménager toutes deux ; si l'on rencontre des ganglions lymphatiques indurés, on les enlève. Dans ce temps, il faut inciser prudemment au côté interne pour ne pas blesser le cordon et avoir pour objectif la mise à nu complète de l'aponévrose du grand oblique au niveau de la terminaison du canal ; quand il est achevé on aperçoit très distinctement le pilier antérieur de l'anneau inguinal superficiel et ses fibres arciformes ; l'hémostase doit être parfaite à la fin de ce temps ;

3° Saisissant avec une pince à dissection la surface aponévrotique voisine de l'anneau, on y pratique aux ciseaux une très petite incision permettant l'introduction d'une sonde cannelée ou de l'une des branches des ciseaux, et l'on incise cette aponévrose parallèlement à l'incision cutanée sur 3 ou 4 cent. d'étendue ;

4° Le sac vient alors se présenter de lui-même au niveau de la section aponévrotique ; s'il n'en était pas ainsi, on engagerait le malade à faire un effort prolongé et l'on verrait les organes abdominaux distendre brusquement le sac. Une fois la position de ce dernier reconnue, on incise avec la plus grande précaution les enveloppes musculaires, en usant de la sonde cannelée plutôt que des ciseaux ; en ce moment, il arrive assez souvent qu'en cherchant à mettre à nu la paroi du sac, on tombe d'abord sur un lipôme allongé qui le recouvre plus ou moins complètement; si ce lipôme est gros, le mieux est de le lier et de l'exciser; dans le cas contraire, on ne s'en préoccupe pas d'abord et on cherche le véritable sac immédiatement au-dessus de lui en s'aidant des efforts du malade pour rendre la hernie plus apparente ; le sac est un peu moins jaune que le lipôme, on sectionne aux ciseaux les lamelles conjonctives multiples qui le recouvrent et on ouvre enfin sa cavité en saisissant la *séreuse* avec une pince à dissection et en incisant avec des ciseaux la partie saisie ;

5° On place une pince de PÉAN sur chacune des lèvres de l'incision que l'on agrandit de deux ou trois centimètres, en évitant avec soin l'épiploon qui s'échappe immédiatement du sac ; on saisit avec les doigts la frange épiploïque qui se présente et on l'attire doucement au dehors ; on renouvelle deux ou trois fois ces tractions modérées pour amener au dehors toutes les portions d'épiploon susceptibles de faire hernie et on traverse la base de la masse épiploïque saisie avec un stylet aiguillé porteur d'un assez long catgut ; on coupe l'anse de catgut en son milieu et l'on entrecroise les deux ligatures ainsi obtenues et mises en place ; on serre d'abord l'une d'elles par un nœud de chirurgien et l'on conduit ses deux chefs une ou deux fois autour du pédicule tout entier ; on opère de même pour la seconde ligature qui étreint d'abord la moitié du pédicule qui lui appartient, et ensuite une ou deux fois la totalité du pédicule ; on sectionne alors l'épiploon au-dessous de la ligature, dont un aide maintient les extrémités, on absterge le moignon, on le touche à la solution phéniquée forte, et après l'avoir abstergé de nouveau avec des tampons et s'être assuré que l'hémostase est parfaite, on le réduit ; si par hasard l'ouverture du sac était trop étroite pour lui livrer passage, on l'élargirait d'un coup de ciseau en écartant les deux pinces placées sur l'incision et l'on exercerait sur le moignon une pression soutenue et bien dirigée ; après la réduction on sectionne les fils de la ligature restés au dehors et l'on s'assure avec l'index que la réduction est bien complète.

Si l'épiploon ne se présente pas dans le sac, on réduit l'intestin et on cherche à saisir l'épiploon avec l'index introduit dans l'abdomen, et si l'on échoue après trois ou quatre tentatives on n'insiste pas et l'on se contente de passer au temps suivant ;

6° Ce temps consiste à isoler le sac des organes du cordon ; il est facile et rapide, ou difficile et long, suivant la laxité ou l'intimité des adhérences ; il s'exécute de la manière suivante : on introduit l'index gauche ou l'index droit dans le sac suivant que la hernie est à droite ou à gauche et l'on saisit fortement entre ce doigt et le pouce les bords de l'incision du sac ; puis avec les doigts de la main libre on arrache peu à peu en suivant exactement la couche sous séreuse tous les tissus qui adhèrent au sac : fibres musculaires, tractus celluleux, vaisseaux, canal déférent en redoublant d'attention quand apparaissent les vaisseaux du cordon ; on ne doit employer les ciseaux que pour les adhérences fibreuses déjà isolées en partie et qu'on ne saurait détacher complètement sans déchirer la *séreuse* ; on les sectionne au ras du sac ; la section de quelques trousseaux fibreux suffit souvent à libérer des sacs très adhérents; en cas de déchirure du sac, on place de nouvelles pinces au-delà de la déchirure et l'on continue la décortication. Si des adhérences aux vaisseaux ou au canal déférent semblaient impossibles à détruire, on placerait une pince sur la partie voisine du sac et on achèverait l'isolement des parties libres pour les réséquer et enlever ensuite par arrachement le lambeau séreux resté en place.

Une fois le fond du sac libéré, on le saisit en masse et l'on pousse rapidement avec l'index sa décortication, jusque dans l'intérieur de l'abdomen ; on le tord alors sur lui-même pour le pédiculiser et l'on place une ligature au catgut le plus près possible du péritoine, on le sectionne au-dessus de la ligature, on touche à l'eau phéniquée et, au moment où l'on sectionne les chefs de la ligature, le moignon disparaît dans l'abdomen ;

7° Il n'y a plus qu'à réunir : on doit s'efforcer dans ce temps de l'opération de rétrécir l'ensemble du canal, y compris son orifice profond. Dans ce but, nous plaçons à la partie la plus élevée de l'incision,

et en nous guidant sur l'index introduit dans le canal un premier point de suture à triple maille qui comprend tous les tissus musculo-aponévrotiques et musculaires de la paroi et dont les chefs sont écartés de trois à quatre centimètres ; nous arrêtons ce point par un nœud de chirurgien plus ou moins serré suivant la laxité de la paroi et renforcé par un nœud simple ; un ou deux autres points sont placés au-dessous du premier de manière à rétrécir le canal sur toute son étendue par l'abaissement du petit oblique et enfin la peau est suturée complètement par un surjet aux crins de cheval sans drainage à moins d'indications particulières ; pansement au salicylate de bismuth et à la gaze stérile sèche.

Les malades restent pendant trois ou quatre jours à une diète mitigée avec potion opiacée à un décigramme le premier jour et à cinq centigrammes les jours suivants ; à partir du quatrième ou cinquième jour, on supprime l'opium, on alimente progressivement et l'on aide au besoin la première selle par un lavement ; ablation des fils du dixième au douzième jour ; l'opéré commence à se lever le quinzième jour.

Antisepsie et traitement accessoire. — On rase la veille le côté de l'aîne à opérer jusqu'à la ligne médiane et l'on applique une compresse de gaze imbibée de sublimé au 1/1000e et recouverte de tissu imperméable sur le champ opératoire ; les catguts sont stérilisés pendant 12 heures dans les vapeurs de formol à la température de 35 à 40 degrés. Les mains des opérateurs, brossées rapidement, sont aseptisées par la solution aqueuse de sublimé à 4 pour 1000, dans laquelle on les plonge, à plusieurs reprises sans les essuyer. Le pansement est fait avec une pièce de gaze stérilisée sèche que l'on applique sur la suture préalablement saupoudrée de salicylate de bismuth et que l'on recouvre de ouate hydrophile et de ouate ordinaire ; un spica maintient le tout.

Pendant deux ou trois jours avant l'opération, le malade est alimenté modérément, on ne donne pas de purgatif ; il faut éviter tout effort au sujet pendant les premiers jours qui suivent l'opération ; il devra donc uriner dans le décubitus dorsal et s'alimenter de même.

Pour appliquer le pansement sur la table d'opération on soulève le malade et l'on place une cuvette renversée garnie d'une serviette sous son bassin.

Complications opératoires. — *Adhérences épiploïques* : Elles se rencontrent environ dans 5 pour 100 des cas et sont assez souvent cause de réduction incomplète de la hernie ; elles occupent la totalité, le collet ou le fond du sac ; dans les deux premiers cas, si l'ouverture faite au sac ne permet pas de dépasser les adhérences, il faut l'agrandir par en haut autant qu'il est nécessaire pour lier l'épiploon dans sa partie libre ; s'il adhère au fond du sac, on opère comme dans les cas ordinaires ; quoi qu'il en soit, on laisse en place l'épiploon réséqué et l'on dénude le sac comme s'il était vide, de sorte qu'on enlève ensuite en même temps le sac et le lambeau d'épiploon ; dans un cas d'adhérences totales absolument inséparables, j'ai lié en même temps le sac et l'épiploon le plus haut possible et réduit le moignon dans l'abdomen, et tout s'est passé avec la simplicité habituelle ; mais c'est une manière de faire peu recommandable en raison du danger d'intéresser l'intestin et qu'il ne faut se résoudre à employer qu'en cas de nécessité ; les petites adhérences du collet se rompent facilement ; si elles paraissaient vasculaires, on les sectionnerait entre deux ligatures.

Sacs multiples : Dans les hernies congénitales anciennes, maintenues pendant de longues années par les bandages, il faut s'attendre à trouver des cavités séreuses multiples en avant du sac, il importe de ne pas les confondre avec le véritable sac herniaire, mais cette difficulté ne se présente réellement que si l'on a incisé directement au niveau de la partie extérieure au canal, car les bourses accidentelles ne dépassent pas vers le haut l'orifice inguinal superficiel ; quoi qu'il en soit, on trouve facilement le sac péritonéal en invitant le malade à faire un effort qui aura pour résultat de ramener au dehors l'épiploon ou au moins du liquide péritonéal et de faire cesser toute hésitation.

Si les efforts du malade étaient inutiles, on saisirait successivement avec des pinces ou avec les doigts les lamelles conjonctives voisines du paquet vasculaire du cordon, de manière à les étaler ; le sac apparaît blanc opaque, tandis que les lames conjonctives sont transparentes.

Il nous est arrivé de trouver un sac s'ouvrant sur le péritoine par deux collets séparés par une travée fibro-séreuse résistante épaisse de un ou deux millimètres et longue de deux à trois centimètres ; deux sondes cannelées introduites respectivement dans chacun des deux orifices se rejoignaient au delà de la cloison ; celle-ci s'opposant à ce que la dissection du sac fût poussée aussi haut qu'il était nécessaire, je la

sectionnai à petits coups de ciseaux ; elle ne contenait aucun vaisseau notable et l'opération se termina comme d'ordinaire. Cette particularité anatomique est d'interprétation difficile ; on ne peut pas alléguer qu'il y avait eu fusion de deux sacs, il est donc vraisemblable qu'il s'agissait d'un sac congénital ayant subi un commencement d'oblitération et s'étant ensuite distendu peu à peu ; l'épiploon qui occupait habituellement le sac passait par le plus interne des deux orifices.

Adhérences du sac aux organes du cordon. — Cette adhérence est pour ainsi dire normale surtout dans les hernies anciennes, mais on en vient assez facilement à bout par les moyens indiqués plus haut, à condition d'y mettre le temps, car si l'on voulait aller trop vite, on déchirerait à coup sûr des vaisseaux, ce qui compliquerait immédiatement l'opération. Il y a cependant des cas où il nous a paru impossible de détacher la séreuse qui adhérait au canal déférent. Après avoir plusieurs fois déchiré le sac, nous laissâmes en place le lambeau adhérent et nous réséquâmes le reste du sac. L'inclusion de cette partie endothéliale ne signala d'ailleurs sa présence par aucun phénomène ultérieur particulier.

Hernies congénitales. — Les hernies congénitales s'opèrent comme les autres, sauf en ce qui concerne la dissection du sac. Quand on a constaté la présence du testicule au fond de celui-ci, on l'isole du cordon, entre le testicule et l'anneau en descendant un peu au-dessous du point où il est incisé et l'on passe un catgut sous la partie isolée ; on tire ensuite sur elle tandis qu'un aide maintient le testicule et on lie au niveau de la partie inférieure de la plaie ; on a ainsi formé une vaginale qui se rétracte immédiatement quand on sectionne au-dessus de la ligature la partie disséquée du sac ; avant de la couper, on saisit la séreuse avec deux pinces de Péan si cela n'est pas fait et on achève d'ordinaire sans difficulté son isolement pour lier le collet du sac suivant la méthode habituelle.

On rencontre des hernies congénitales dans lesquelles l'épiploon a pris droit de domicile dans la vaginale et ne se réduit plus ; le canal inguinal n'est pas dilaté, on peut donc se borner dans ces cas à mettre un point profond unique sur l'orifice superficiel du canal ; c'est une manière de faire que je n'ai employée qu'une ou deux fois dans mes premières interventions, mais elle m'a donné des résultats tout à fait satisfaisants et dans un cas de canal étroit, je l'emploierais encore en prenant seulement soin de tirer fortement sur le sac pour lier son collet le plus haut possible.

Hernies avec testicule haut situé. — Cette forme de hernie soulève toujours la question de la conservation du testicule, et cette question ne doit se résoudre définitivement qu'au cours de l'opération. On procède donc comme pour une hernie ordinaire en découvrant l'anneau superficiel du canal et l'on marche ensuite avec précaution vers le testicule que l'on met complètement à découvert ; s'il est tout à fait atrophié, on l'enlève ; dans le cas contraire, on tire sur le cordon dont on sectionne au besoin les tuniques fibreuses et musculaires et l'on cherche à faire descendre le testicule jusqu'à sa place normale ; si l'on y réussit, on fixe l'organe au fond de la bourse correspondante, par un point de catgut, sans se préoccuper de former une vaginale, et l'on termine l'opération comme d'ordinaire en suturant très solidement le canal ordinairement dilaté ; quelquefois le résultat est exceptionnellement favorable (Monod) et l'on voit le testicule atrophié revenir peu à peu à son volume normal, mais on le voit plus souvent remonter en même temps que la hernie tend à réapparaître ; le pronostic de ces hernies opérées avec conservation du testicule doit donc rester réservé.

Quand on enlève le testicule, le canal tend au contraire à s'oblitérer, et les anneaux à se rétrécir de plus en plus, mais la paroi abdominale participe quelquefois à l'atrophie du testicule et présente dans la suite une sorte d'éventration plus ou moins apparente. Les inconvénients de cette faiblesse de la paroi ne sont pas très grands ; s'il en était autrement, on y remédierait facilement en mettant à nu l'aponévrose du grand oblique et en rétrécissant la paroi musculo-aponévrotique, par une suture, avec ou sans excision préalable et sans ouverture de la cavité péritonéale.

Grosses hernies. — Ce qui distingue en clinique les grosses hernies inguinales des éventrations herniaires avec un séjour permanent d'un gros paquet intestinal dans le sac, c'est la réductibilité. En présence d'une grosse hernie, on recherchera donc avant tout si elle est réductible ; dans l'affirmative, elle est opérable avec chance de succès ; dans la négative, des adhérences multiples sont probables et en

thèse générale, mieux vaut s'abstenir, d'autant plus qu'il s'agit ordinairement de personnes avancées en âge, chez lesquelles les viscères ont perdu en grande partie leur droit de domicile dans la cavité abdominale. C'est pourquoi je laisse de côté ce que j'appelle « éventration herniaire » pour m'occuper seulement des grosses hernies réductibles.

Ce qui distingue ces dernières des hernies ordinaires, c'est l'effacement complet du canal inguinal, transformé en un orifice arrondi et leur descente jusqu'au fond du scrotum, même quand elles ne présentent pas les caractères des hernies congénitales ; de plus, elles contiennent toujours de l'intestin.

Elles prédisposent peut-être moins à l'étranglement que les petites hernies, mais elles sont par contre sujettes à l'engouement ou aux inflammations subaiguës ; il arrive toujours un moment où elles ne peuvent plus être maintenues par un bandage qui n'aurait d'autre effet que d'élargir leur orifice et où le volume de la tumeur attire à lui la peau des bourses et fait disparaître plus ou moins complètement la verge chez l'homme.

Il va de soi que ces grosses hernies, très exposées aux contusions, sont sensiblement plus dangereuses que les hernies ordinaires : infirmité menaçant d'aboutir à l'impotence, dangers d'accidents graves pour causes diverses, tout concourt à indiquer l'intervention. Une seule catégorie de contre-indications : état général du sujet (diabète et tuberculose, par exemple) et son âge ; ce qui revient à dire que l'opération n'est avantageuse que sur les sujets encore valides ; passé 60 ans, elle devient incertaine et dangereuse.

Le but à atteindre n'est plus tout à fait le même que dans les hernies petites ou moyennes ; on ne peut pas songer à refaire le canal inguinal mais seulement à obturer le large orifice de la paroi abdominale après avoir supprimé le sac : les difficultés que l'on peut rencontrer permettent l'emploi du chloroforme, qui nous paraît réellement indiqué quand le sac est trop volumineux pour être convenablement anesthésié avec la cocaïne. Quoi qu'il en soit, l'opération se pratique dans ses premiers temps comme dans les hernies ordinaires ; on met à découvert, après réduction de la hernie, l'aponévrose au niveau de l'orifice herniaire. Cette aponévrose n'a pas besoin d'être incisée, puisque le sac est pour ainsi dire sous la peau, les enveloppes du cordon étant réduites à des lamelles celluleuses à peu près invisibles et l'anneau inguinal n'étant plus qu'un large trou ; on ouvre donc le sac immédiatement ensuite, mais avec les plus grandes précautions en vue d'adhérences intestinales possibles, tandis qu'un aide maintient les viscères réduits dans l'abdomen ; on dissèque ensuite le sac en fendant le scrotum autant qu'il le faut pour aboutir, on lie ou l'on suture solidement son collet et l'on affronte l'orifice herniaire par trois ou quatre points de suture en x au catgut, en d'autres termes, par une série de doubles points de la suture du pelletier distants de un à deux centimètres l'un de l'autre. On transforme ainsi le large orifice en un trou étroit suffisant seulement au passage du cordon. La suture ne doit comprendre que les muscles et les aponévroses et la présence probable de l'artère épigastrique contre le bord interne de l'orifice ne doit pas être perdue de vue.

Quand on procède ainsi, on est exposé soit à voir le cordon étranglé par la suture, soit à voir la barrière que l'on a créée s'effondrer bientôt sous la pression des viscères. La question de l'obturation complète de l'orifice se pose donc naturellement à l'esprit.

Il y a pour y arriver deux moyens :

Le premier, au point de vue de la chirurgie conservatrice idéale, consiste à détacher le testicule et le cordon jusqu'au bord interne de l'orifice, à décoller ensuite le péritoine sur trois ou quatre centimètres en ménageant l'épigastrique, et en se dirigeant vers l'épine du pubis à faire au fond du décollement une large boutonnière verticale par laquelle on fait passer le testicule, insinué d'abord entre le péritoine et la paroi, pour le replacer ensuite dans les bourses; on a ainsi créé une sorte de canal inguinal nouveau et rien ne s'oppose plus à ce que l'on ferme hermétiquement l'ancien orifice inguinal (WOLFLER). Le second moyen, beaucoup moins ingénieux, mais beaucoup plus simple, consiste à supprimer le testicule en liant le cordon très haut et en plaçant un dernier point de suture par-dessus son moignon.

L'étendue, la multiplicité et le degré de striction des points de suture doivent être proportionnés au relâchement de la paroi abdominale et aux dimensions de l'anneau.

L'aiguille doit pénétrer à deux ou trois centimètres des bords de l'orifice, de dedans en dehors et en suivant la face profonde du fascia transversalis, de manière à ne pas intéresser l'artère épigastrique, que protège l'index en servant en même temps de guide à

l'aiguille. Tous les plans, sauf la peau et le péritoine, sont traversés du même coup.

Le choix entre ces deux procédés n'est pas difficile à faire ; nous n'hésitons pas un instant, sur un sujet de plus de cinquante ans, à supprimer le testicule en cause quand l'autre est sain, après en avoir obtenu le consentement du malade. Dans tous les cas l'opération doit être précédée de quelques jours de demi diète et le séjour au lit consécutif porté de 15 à 30 jours ou même davantage. Les résultats obtenus par ces opérations sont en général satisfaisants ; la suture résiste d'une manière inespérée sans le secours d'aucun bandage et l'on remarque seulement en dehors de la cicatrice un point où la paroi n'a pas été rétrécie par l'intervention et semble être un peu trop lâche ; mais en faisant faire un effort au malade on voit que l'équilibre se rétablit et que le jeu fonctionnel de la paroi ne laisse rien à désirer.

Nous reviendrons dans un prochain article sur les interventions dans les hernies étranglées et sur l'examen et les résultats des différents procédés de cure radicale.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Le Dentu. On ne doit recourir au traitement chirurgical des anévrysmes que lorsque le traitement médical par le sérum gélatineux a échoué.

Société de Chirurgie. — M. Kirmisson. Dans les appendicites avec abcès appendiculaire, il est important de drainer avec des tubes et non avec des mèches. — Plusieurs chirurgiens notent des hémorrhagies mortelles consécutives à l'appendicite.

Société médicale des Hôpitaux. — MM. Thoinot et G. Brouardel. Les organes peuvent jouer vis-à-vis de certains toxiques un rôle d'arrêt ou d'exaltation.

1er Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie

tenu à Paris du 23 au 28 juillet 1900

I. — Rapport du docteur Cuylits (de Bruxelles), **sur les rapports des médecins avec les mutualités** (10 pages).

Toute mutualité vraie a droit à un tarif médical minimum, qui dans toutes autres circonstances serait incompatible avec notre dignité professionnelle. Les mutualités ne pourront bénéficier de ces tarifs, que si elles s'engagent à n'accepter comme participants que les personnes peu aisées. Ce tarif peut être différent et adapté aux ressources des mutualités ou aux habitudes locales. Les tarifs seront établis de commun accord entre les mutualités et les associations professionnelles médicales. Ces tarifs seront notifiés à tous les médecins, laissant ainsi à tous la faculté de s'y soumettre. Le système par abonnement ne peut être autorisé à quelque titre que ce soit et le choix du médecin doit rester libre à tout mutualiste. Un médecin contrôleur fera partie du conseil de chaque société. Ses visites auront pour but d'assurer le bon fonctionnement des secours médicaux, tant au point de vue des malades que des intérêts de la mutualité elle-même.

En Belgique, en 1895, 756 sociétés mutualistes étaient reconnues ; en 1900, il y en a plus de 3.000. Les coopératives sont au nombre de 1.297. De ce fait, le corps médical secourt 1.750.000 individus. Mais en réalité, trois millions d'habitants en Belgique, sur 6.670.000 bénéficient d'un service médical à prix réduit ou presque gratuit. Il est de première nécessité de grouper en face des mutualités de secours médical, notre mutualité.

II. — Rapport du docteur Thiéry, professeur agrégé à la Faculté de Paris, **sur les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites à Paris** (53 pages).

Des abus flagrants existent dans une proportion considérable. Aucun appui ne nous est accordé pour les réprimer. Une entente doit avoir lieu entre les médecins de la ville, le corps des hôpitaux, l'assistance publique et les pouvoirs publics pour empêcher les malades aisés d'abuser des consultations gratuites et de l'hospitalisation. Nous vous proposons de soumettre à l'approbation des pouvoirs publics les moyens suivants : 1° Affichage extérieur et intérieur de l'avis qui réserve les soins gratuits aux malades indigents et nécessiteux ; 2° Conservation des circonscriptions hospitalières avec application intégrale du règlement ; 3° Création de commissaires enquêteurs de quartier et de bons pour consulter, valables pour une année ; 4° Engagement écrit par le malade de rembourser à l'hôpital, les frais, si l'enquête démontre une fraude dans ses déclarations ; 5° Suppression des lits payants en dehors de cas spéciaux. Suppression de la maison municipale de santé.

M. Thiéry cite un jockey (rue de P., 30) qui, de son aveu même, gagne 25.000 francs par an et vient consulter pour une entorse à la Pitié ; une femme qui vient d'Amérique en France pour consulter et vient échouer à la consultation gratuite de la Pitié ; un caissier dont les émoluments dépassent 20.000 francs et qui s'étonne qu'à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu on ne l'ait pas fait passer le premier ; la femme d'un colonel bulgare qui, envoyée par son mari pour se faire opérer dans une maison de santé à Paris, trouve très naturel de dépenser dans les magasins la somme réservée aux honoraires, se fait laparotomiser à l'hôpital Saint-Louis et disparaît sans avoir versé 250 francs de frais de séjour à l'Assistance ; une chanteuse russe qui, fort bien appointée, demande d'être opérée gratuitement chez elle ! (*sic*) ou se verra dans l'obligation d'entrer à l'hôpital ; un riche industriel qui fait entrer sa fille à l'hôpital, pour hernie, et se scandalise à l'idée qu'on l'ait fait passer de sa chambre dans la salle commune au profit d'une autre malade dont le délire et l'agonie troublaient le repos de ses voisines ; etc, etc. Un médecin du bureau de bienfaisance déclare avoir été appelé 337 fois pour des personnes qui n'avaient absolument rien. Il connaît un ménage où l'huile de foie de morue qu'il prescrivait pour les enfants servait pour l'éclairage ; on a cessé de le faire appeler le jour où il l'a prescrite créosotée, parce qu'alors elle répandait une odeur insupportable.

Sur 50.000 accouchements à Paris, 18.000 se font chaque année aux frais de l'Assistance publique.

En regard de tout ceci, il faut rappeler qu'un lit à l'Hôtel-Dieu coûte 20 francs par jour à l'Assistance ! et quand cette dernière fait payer à un malade aisé 5 francs par jour pour son lit, elle frustre sciemment le bien des pauvres de la somme de 15 francs !

III. — Rapport du docteur Descoust sur **l'exercice illégal de la médecine** (6 pages).

L'article 13 de la loi de novembre 1892, en accordant aux docteurs en médecine le droit de se constituer en Associations syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels, leur a indiqué la voie à suivre pour se défendre contre l'exercice illégal. C'est aux Associations syndicales qu'il appartient de poursuivre. Pour subvenir aux dépenses, il faut créer des caisses de défense professionnelle, alimentées par des cotisations spéciales.

IV. — Rapport du docteur Iendrassik (de Budapest), sur l'**organisation de l'Association générale des médecins de la Hongrie** (6 pages).

Il existe, en Hongrie, une Association libre des médecins pour la défense de leurs droits et intérêts. Les cinq sixièmes des médecins de la Hongrie se sont affiliés à cette Association. Celle-ci a fondé une caisse de prévoyance, a créé un journal, fixé un tarif minimum, etc.

V. — Rapport du Docteur Adler (de Vienne) sur **les Chambres médicales en Autriche** (5 pages).

VI. — Rapport du Docteur Salomon, **sur les œuvres de défense professionnelle** (35 pages).

Le médecin est aujourd'hui l'esclave de tous. Les causes de la crise professionnelle sont l'encombrement, la mauvaise confraternité, l'assistance gratuite, les sociétés de secours mutuels, les compagnies d'assurance, l'exercice illégal, la diminution du nombre des malades.

M. de Lavarenne a beau dire que les médecins français ne sont pas plus nombreux aujourd'hui qu'il y a cinquante ans, nous allons rapidement être inondés de nouveaux confrères. Il y a tous les jours quatre nouveaux médecins à peu près, 1250 par an. La création des nouvelles facultés en est une cause ainsi que la loi militaire. Les médecins étrangers sont un sur huit. Il existe, en France, trois millions de mutualistes, plus du quart des électeurs inscrits.

Tous les médecins doivent s'unir et se solidariser par l'organisation de sociétés, surtout par le syndicat. Il n'y aura qu'un syndicat par département. L'union des syndicats formera une fédération unique.

Il faut maintenir le baccalauréat classique, faire une nouvelle réglementation des facultés, allant jusqu'à leur suppression, si elle est nécessaire. Il faut étendre la faveur de la loi militaire à toutes les professions libérales, obliger les étudiants étrangers à accomplir toute la scolarité, interdire l'exercice de la médecine civile aux médecins militaires. Il faut créer des chaires de déontologie, réserver les hôpitaux aux indigents, prohiber la vente des spécialités pharmaceutiques sans ordonnance, etc.

VII. — Rapport du professeur Grasset sur la **déontologie** (65 pages).

L'ignorance de la déontogie est une des causes de la crise médicale actuelle, en ce qu'elle discrédite les

médecins et déprécie la profession. Or, la déontologie attend son code qu'il y aurait lieu de rédiger. Il faut que ce code émane de la profession médicale tout entière. Il y a lieu de créer un conseil supérieur de la la médecine professionnelle. On pourrait le constituer auprès d'un ministère. Mais ses membres tous élus et à fonctions gratuites, seraient désignés par les facultés et Ecoles, les Académies et Sociétés, les Syndicats, les Associations de prévoyance, la Presse, etc. — Ce conseil n'aurait à s'occuper que des questions entre médecins : il rédigerait un code déontologique, ayant force de loi morale, ce qui suffit entre braves gens qui ne demandent qu'à être éclairés sur leur devoir pour l'accomplir.

Nous devons condamner tout ce qui ressemble à de la réclame ou peut faire soupçonner de la vénalité. A la réclame payée, nous rattacherons le racolage des clients par les maîtres d'hôtel, les pisteurs de gare, les courtiers et les rabatteurs, les pharmaciens, etc. D'autre part, la médecine au rabais est absolument condamnable quand elle constitue un moyen indélicat d'enlever des clients à ses confrères.

Constitue un acte de vénalité tout argent reçu de certains pharmaciens pour leur faciliter le lancement d'une spécialité. Tout aussi regrettables sont les catalogues de fabricants d'appareils orthopédiques qui nous promettent un chèque pour les appareils que nous leur ferions vendre. On doit également réprouver la souscription, régulièrement payée, des médecins, à des actions d'un établissement hydrominéral ou autre, ou d'une fabrique de spécialités.

La « Société thermale fédérative » (exclusivement médicale) a pour but « d'établir une véritable mutualité thermale entre les médecins, tous égaux devant le travail et le dividende ». La « Société française des eaux minérales » est basée sur ce principe que les eaux minérales devraient être le patrimoine de la famille médicale. Les participants « ne sont que moralement tenus à donner la préférence à nos sources et seulement quand ils en trouvent l'indication. »

C'est encore trop. C'est comparable aux commissions données par les pharmaciens.

Il n'est pas licite, pour un médecin, de devenir actionnaire des sanatoria pour tuberculeux. Multipliez les sanatoria, mais constituez un Comité directeur d'actionnaires choisis hors des praticiens, des écrivains ou des professeurs.

Quant aux médecins qui s'associent à des rebouteurs ou qui couvrent de leur diplôme l'exercice illégal, plus que tous autres, ils manquent à leur devoir. La chose est tellement grosse qu'elle tombe sous le coup de la loi civile.

Il y a beaucoup à dire des principes qui doivent présider aux rapports mutuels des médecins traitants.

Dechambre dit que, pendant sa maladie, le patient a le droit évident de changer de médecin comme il l'entend. Toute formalité introduite par les conventions confraternelles dans la substitution d'un médecin à un autre est une entrave à ce droit du malade. Les médecins de la Gironde ont dit : « Le client est libre de choisir le médecin en qui il a confiance. Le médecin qui n'a pas de clientèle a le droit de s'en créer une. Les clients qui lui arrivent auraient sûrement été les clients de quelque autre ; mais ils ne sont la propriété de personne. » et Juhel-Renoy écrit : « C'est tout à fait abusivement qu'un médecin parle de *ses* malades, comme d'une propriété de rapport ». Cette opinion n'est pas générale. Pour que l'on puisse accepter la succession d'un confrère, il faut que le premier médecin soit prévenu de sa disgrâce par la famille. Dechambre écrit ceci : « Il faut commencer par écarter la charge imposée au nouveau venu d'avertir l'autre de sa disgrâce, et encore plus celle de veiller au payement de ses honoraires. Ce sont là, qu'on excuse le mot, d'honnêtes enfantillages. » Beaucoup ne sont pas de cet avis et, en principe, on doit exiger que le client demande sa note à son premier médecin et lui manifeste l'intention de la régler. On n'est pas obligé de s'assurer du règlement de cette note pour commencer à soigner le malade.

Quand une consultation est demandée, on doit toujours l'accepter. Si la famille désire un consultant donné, le médecin doit l'accepter. Avec les homéopathes, la question est difficile à résoudre, car, a dit quelqu'un, si certains homéopathes sont des farceurs, quelques-uns sont de bonne foi.

La dichotomie est absolument blâmable et condamnable.

VIII. — Rapport du docteur Lande, **sur les œuvres d'assistance et de prévoyance médicales** (24 pages).

Les œuvres d'assistance et de prévoyance médicales doivent avoir pour but de prémunir les médecins contre les maladies, la sénilité et la mort. A chacun de ces risques doit correspondre une cotisation et par suite une caisse spéciale. L'organisa-

tion de ces caisses est rendue plus facile par l'adoption d'un âge déterminé comme terme moyen de la vie professionnelle du médecin (65 ans dans l'association anglaise). La fixation de l'âge du repos normal permet de limiter la durée du versement des cotisations afférentes aux assurances contre la maladie et la mort au moment même où s'ouvre le droit à la retraite.

Le médecin arrivé à cet âge pourrait ainsi jouir en paix d'un repos honorable avec la certitude de laisser encore après lui le capital garanti par l'assurance souscrite sur sa vie.

Enfin un lien commun devrait réunir tous les participants de ces diverses œuvres, ce serait le versement d'une somme minime avec laquelle on constituerait une caisse de secours destinée à venir en aide aux imprudents, aux malheureux, aux veuves et aux orphelins de ceux auxquels la fortune n'aurait jamais souri.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les voyageurs jugés par un médecin

Après avoir parcouru une grande partie de l'Europe, voici comment on pourrait, il me semble, classer les voyageurs au point de vue du caractère et des habitudes sociales en chemin de fer ;

L'Anglais lit et parle ; il est peu poli ; il entre dans le compartiment avec ses nombreux colis comme une bombe, poussant et bousculant tout ce qui le gêne, même les femmes ; il fume modérément et parle de même, mais en revanche les Anglaises parlent beaucoup.

L'Allemand fume beaucoup la pipe et le cigare, il ne vous offrira jamais son cigare pour allumer le vôtre, mais il vous donnera gracieusement son briquet.

Le Russe est très poli, parle bien le français et fume de bons cigares.

L'Italien est aimable, parle beaucoup et fume de mauvais cigares.

L'Espagnol est le plus poli de tous, il n'entre jamais dans un wagon sans saluer, il parle facilement et bien, fume sans cesse des cigarettes, et ses mains occupées à les préparer ne peuvent avoir le temps de tenir un livre ni un journal.

Le Français parle peu et lit beaucoup ; il est médiocrement poli, ne salue presque jamais en entrant dans le wagon, et fume modérément de bons cigares ou la pipe.

Dr J. P. BONNAFONT.

L'Europe en train rapide, 1886.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les Membres des Sociétés médicales de Paris offrent, à l'occasion des Congrès, à leurs confrères de la Province et de l'Etranger, une soirée qui sera donnée le mercredi 1er août 1900, à neuf heures, dans les salons du Club médical, 5, avenue de l'Opéra.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous sommes heureux d'apprendre la nomination de M. le professeur COMBEMALE au grade d'**Officier de l'Instruction publique.**

La Rédaction de l'*Echo médical du Nord* se fait une joie d'applaudir à cette distinction si méritée, et adresse à son Rédacteur en chef ses sincères félicitations.

— Par le même décret sont nommés : M. le professeur DOUMER, **Officier de l'Instruction publique.**

Officiers d'Académie : MM. les docteurs AUSSET, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et TAVERNIER, préparateur à la Faculté de médecine.

Nos sincères félicitations aux nouveaux promus.

SOUTENANCES DE THÈSES

— Le lundi 23 juillet, M. Georges PONTIER, de Renty, externe des hôpitaux, a soutenu avec succès sa thèse de doctorat (6me série, no 11), intitulée : **Les olives du Bulbe chez l'homme et les mammifères.**

— Le jeudi 26 juillet, M. Amédée LEQUINT, de Givenchy, externe des hôpitaux, a soutenu avec succès sa thèse de doctorat (6me série, no 18), intitulée : **de l'Embolie pulmonaire consécutive aux interventions sur l'utérus et ses annexes.**

— Le jeudi 26 juillet, M. Charles TONDEUR, de Lille, externe des hôpitaux, a soutenu avec succès sa thèse de doctorat (6me série, no 19), intitulée : **Le Viol commis sur la femme antérieurement déflorée. Etude médico-légale.**

— Le lundi 23 juillet, M. Cyrille VALLÉE, de Pecquencourt, préparateur de chimie organique, a soutenu avec succès sa thèse pour le pharmacopat supérieur (no 5), intitulée : **de l'Action de l'Isocyanate de Phényle sur quelques acides sulfuriques gras et aromatiques.**

PRIX DE FIN D'ANNÉE

En 3me année, le concours s'est terminé par l'attribution du prix à M. GONTHIER et d'une mention à M. DEMOULIN et à M. DEBEYRE.

En 4me année, le prix est décerné à M. VANSTENBERGHE.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Bordeaux.— M. le docteur ANDÉRODIAS est nommé, après concours, chef de clinique obstétricale.

Montpellier.— M. le docteur BIRÉ est nommé, après concours, aide de la clinique des maladies des vieillards.

Bordeaux. — M. le docteur FRAIKIN est nommé chef de clinique chirurgicale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Sont élus membres correspondants nationaux de l'Académie de médecine, MM. les docteurs Boinet (de Marseille) et Demange (de Nancy).

Distinctions honorifiques

Ont été accordées pour services rendus aux Sociétés de secours mutuels : La *médaille d'or* à MM. les docteurs Thonion, d'Annecy ; Aubin, de Toulon ; Masbrenier, de Melun. La *médaille d'argent* à MM. les docteurs Friot et Valentin, de Nancy ; Millon, de Marseille ; Legros, de Rochefort ; Chambard, de Lyon. La *médaille de bronze* à MM. les docteurs Barbarin, Floquet, Dehenne, Joanin, Lansac, Pinet, Allard, Letulle, Thoumas, Laurent. Trouillet, Noquet, Sabatié, Queynac, Klein. Ertzbischoff, de Paris ; Imbert, de Castellane ; Jacques, de Saint-Bonnet ; Daraignez, de Mont-de-Marsan ; Ausalon, de Selles-sur-Cher ; Martin, de Saint-Jean-de-Trézy. Une *mention honorable* à M. le docteur Guihal, de la Chapelle Basse-Mer.

A été élevé dans la **Légion d'Honneur** : à la dignité de *Grand officier*, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, inspecteur général de l'armée, président du Comité technique du corps de santé.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. Goujon, externe des hôpitaux de Paris.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

A propos de la médication chlorhydropepsique, par le docteur G. Linossier, O. Doin, *Paris*, 1900.

— **L'art pratique de formuler**, par le docteur Lemanski, *Paris*, Steinheil, 1900, 256 pages.

— **La maladie des signes coscoroba**, par le docteur Trétrôp, extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, 1900.

— **Pneumococcémie à forme pesteuse**, par le docteur Trétrôp, extrait de la *Presse médicale*, 1900, *Paris*.

— **A propos des lésions anatomo-pathologiques de la rage**, par le docteur Trétrôp, extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale d'Anvers*, 1900, *Anvers*.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

29me semaine, du 14 au 21 Juillet 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	7
3 mois à un an	9	5
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	3	3
40 à 60 ans	9	6
60 à 80 ans	8	9
80 ans et au-dessus	»	1
Total	41	34

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	4	»	»	1	»	»	»	»	»	5	13	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	1	»	»	1	»	»	2	8	23
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	2	»	»	»	1	»	8	14	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	2	1	»	»	1	»	1	8	17
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	2	7	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	4	12
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	7	»	»	»	»	»	»	1	»	2	11	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Total	»	»	»	»	»	»	»	3	8	5	22	»	»	8	1	2	1	2	»	25	75	123

Nº 186. Quatrième Année. Nº 31. Le Numéro : **10** centimes. 5 Août 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de St-Sauveur

M. le Professeur FOLET

Cholécystostomie pour cholécystite lithiasique

Leçon recueillie par **M. Breton**, interne.

MESSIEURS,

Voici des calculs extraits opératoirement de la vésicule biliaire d'une femme, âgée de cinquante-huit ans, dont l'histoire clinique est intéressante :

Cette femme avait un passé hépatique qui remontait à de longues années et qu'elle avait presque complètement oublié à l'époque où je la vis. Lorsque je l'interrogeai sur ce sujet, elle se rappela avoir eu deux fois des coliques hépatiques, la première il y a quinze ans ; la seconde, plus intense, huit ans après, avec ictère ayant persisté un mois. Depuis cette époque, elle n'eut pas à se plaindre de son foie ; ses souffrances d'antan étaient devenues pour elle de l'histoire ancienne et elle ne leur rattachait en rien son état morbide actuel.

En avril dernier, elle eut une poussée légère de fièvre avec douleurs dans la région ombilicale, sans coliques et sans tuméfaction. Les douleurs périombilicales ne tardèrent pas à s'exagérer, sans cependant être attribuées à leur vraie cause. Ce fut l'apparition d'une tuméfaction qui donna l'éveil, cinq mois après.

Au mois d'octobre, quand je la vis avec mon excellent et distingué confrère le Dr HOCHSTETTER, qui l'avait soignée jusqu'alors, la tumeur était ronde, molle, de consistance liquide, du volume d'une orange, plus grosse en apparence qu'elle ne l'était en réalité, et cela à cause d'une circonstance anatomique dont je parlerai tout à l'heure. Elle semblait appartenir au foie. Elle était peu mobile, non douloureuse à la palpation. L'état général de la malade était bon : pas d'ictère, pas d'hyperthermie.

J'eus un instant l'idée d'une tumeur rénale, d'une hydronéphrose ; mais je m'arrêtai au diagnostic de tumeur liquide hépatique, peut-être de kyste hépatique, tout en faisant pas mal de réserves. Je proposai une laparotomie exploratrice qui se transformerait très vraisemblablement en opération curative.

L'intervention fut acceptée et eut lieu le 9 novembre 1899, avec l'aide de M. le Dr HOCHSTETTER et de M. BRETON, mon interne. L'incision fut faite sur le bord externe du muscle droit. La paroi ouverte, la tumeur se montra, coiffée par un gâteau épiploïque très épais,

adhérant à la poche et augmentant son volume d'une façon notable ; on sait comme une miette, palpée à travers un épais tapis, paraît grosse. Je fendis péniblement, sur la sonde cannelée, l'épiploon adhérent et très vascularisé et le détachai dans une certaine étendue de la tumeur sous-jacente dont le fond sphérique émergea alors à travers la boutonnière épiploïque, semblable à un œuf qui émerge du coquetier. Cette tumeur liquide, c'était le fond de la vésicule biliaire distendue ; j'avais donc affaire à une cholécystite, probablement suppurée.

Je suturai alors les parois de la vésicule à la peau. Je fendis ensuite la vésicule d'où s'écoulèrent 120 grammes environ d'un pus mal lié, *sans calculs*, et nullement mélangé de bile. Lavage de la vésicule suivi d'un exploration discrète qui ne mit pas en évidence la présence de calculs : le doigt introduit dans la cavité vésiculaire ne sentait que des parois molles et ne percevait la présence d'aucun calcul libre ou enchâtonné. Je pratiquai le drainage de la cavité ; drain entouré de gaze dans la poche ; sutures rétrécissantes au-dessus et au-dessous.

Les suites opératoires furent bonnes ; mais offrirent certaines particularités à signaler. Dès le lendemain de l'opération, la coloration du liquide s'écoulant par le drain et tachant le pansement, devenait verdâtre et bilieuse. Il y avait eu pénétration de bile dans la vésicule. En même temps, cette bile, sortant en assez grande abondance, contenait d'innombrables petits calculs, non pas microscopiques, mais minuscules, il en sortit ainsi, en cinq ou six jours, certainement plusieurs centaines. Ils étaient de la grosseur de graines de moutarde, d'un brun verdâtre, entraînés par la bile dont l'écoulement ne tarissait pas.

La plaie opératoire s'était réunie par première intention au-dessus et au-dessous du drain. Celui-ci, enlevé vers le sixième jour, permit l'issue de quelques grains lithiasiques un peu plus gros que les granules qui sortaient toujours en foule. Je pensai que d'autres calculs, plus volumineux, ne pouvaient s'éliminer par l'orifice étroit du drainage et qu'il leur fallait donner passage.

Après avoir attendu durant dix jours la formation d'adhérences solides, je dilatai, avec une laminaire appropriée, les bords de l'orifice. Le 1er décembre, le doigt introduit dans la cavité de la vésicule reconnut la présence de calculs nombreux. Ceux-ci, remarquables par leur forme et leur dimension, s'éliminèrent après un grand lavage, quelques-uns durent être amenés à travers l'orifice avec des pinces-longuettes, comme par une sorte d'accouchement au forceps. J'ai pu ainsi recueillir cinquante-neuf calculs qui sont là sous vos yeux. Deux de ces calculs, irrégulièrement cubiques, de seize millimètres d'arête environ, sont semblables à de grosses noisettes ; un est conoïde, de vingt millimètres de hauteur, sur quinze millimètres de base ; un est un cube de douze millimètres de côté ; les plus nombreux (ils sont cinquante-cinq), de forme cubique, ressemblent à de jolis petits pavés, très égaux et très réguliers, de huit millimètres d'arête. Tassés les uns contre les autres, ils ont pris cet aspect caractéristique.

L'évacuation de ces calculs fut suivie d'une diminution de l'écoulement bilieux. La fistule se referma et, en moins de six semaines, la malade fut complètement guérie.

Tâchons de nous rendre compte de ce qui s'est passé chez notre femme. Elle est évidemment lithiasique depuis longtemps, depuis de longues années. Ces calculs biliaires se sont jadis révélés par des crises douloureuses, puis ont été silencieux durant quinze ans. Les accidents actuels sont liés à l'infection relativement récente de la vésicule. On a voulu attribuer toujours à une infection primordiale la genèse des calculs ; mais ce mécanisme de production ne peut être accepté comme constant. L'opinion générale est que le plus souvent la lithiase précède de beaucoup l'infection. Ici en particulier le nombre des gros calculs, leur forme polyédrique, accusant un tassement prolongé, tout montre qu'ils existaient dans la vésicule bien des années avant qu'une inflammation suppurative s'emparât de celle-ci. Cette suppuration ne date que du mois d'avril 1899. Comment et pourquoi la vésicule s'est-elle infectée à cette époque ?

La flore microbienne du duodénum est si riche, le canal cholédoque si court et si accessible, qu'il semble naturel d'admettre une propagation microbienne remontant directement de l'intestin vers les voies biliaires. L'infection ascendante semble devoir être le mode ordinaire pour le foie, comme pour la vessie et le rein où la cystite précède l'urétérite et celle-ci la pyélite. On peut bien objecter que la bile est microbicide, à l'inverse de l'urine qui est un excellent bouillon de culture. Nous savons que la bile tue les parasites dans les kystes hépatiques ou

elle pénètre, et que les vieux abcès du foie deviennent aseptiques, sans doute par action antiseptique de la bile. Mais il est prouvé, d'autre part, que la bile altérée dans sa composition n'est plus antiseptique, ni même aseptique ; et il suffit de la moindre modification des voies d'excrétion, d'une perte de contractilité des parois, d'une excoriation mécanique due à la présence de calculs par exemple, pour que la valeur stérilisatrice de la bile soit très diminuée et même annihilée et pour que le coli-bacille ou le staphylocoque y cultivent aisément. On peut donc admettre l'infection remontante chez les lithiasiques.

Mais on a vu parfois une vésicule, parfaitement tolérante durant des années, suppurer rapidement au cours d'une fièvre typhoïde, d'une grippe. Dans ce cas, c'est l'infection générale qui doit être mise en cause. Dans la muqueuse vésiculaire, chroniquement traumatisée de longue date par le contact contusionnant des calculs (*locus minoris resistentiæ*), le bacille d'EBERTH ou le bacille de PFEIFFER se cantonnent et pullulent ; tout comme la bacille de KOCH envahit, dans les expériences de VOLKMANN, les articulations que l'on traumatise chez les animaux en puissance de tuberculose. Notre malade a-t-elle eu, en avril 1899, une grippe au cours de laquelle l'infection locale s'est faite ? C'est possible, bien que l'hypothèse de la propagation remontante paraisse plus plausible; propagation qui se serait traduite par les symptômes alors observés de fièvre et de malaise général.

Ce qui pourrait peut-être faire penser à l'origine grippale c'est que, quand nous avons ouvert opératoirement la vésicule, celle-ci ne communiquait pas avec les voies biliaires. Le pus ne contenait pas de bile. Aucun écoulement de bile ne se fit par la plaie le premier jour. Le canal cholédoque était perméable, puisqu'il n'y avait pas trace d'ictère ; mais la bile ne refluait pas dans la cavité vésiculaire. Les calculs, pressés et tassés dans la portion évasée du réservoir qui donne naissance au canal cystique, constituaient une barricade serrée, à plusieurs étages, de petits pavés ; et ce bloc, serré par les parois contractées sur lui, formait un bouchage hermétique. Derrière cet obstacle la vésicule s'était distendue, élongée par la sécrétion de mucosité et de pus dont la pression tendait encore à enfoncer dans l'évasement vésiculaire le bouchon polycalculeux. Le distension et l'élongation du réservoir étaient telles que le doigt explorateur, introduit dans l'incision opératoire, n'atteignait pas le bloc lithiasique et ne percevait le contact d'aucun corps dur.

Dès que l'évacuation du pus eut détendu la vésicule et que la pression du liquide et la contraction des parois ne maintinrent plus encastrée dans le goulot vésiculaire l'agglomération calculeuse, la barricade se désagrégea, les petits cailloux cubiques, libérés, flottèrent dans la cavité vésiculaire et celle-ci fut envahie par la bile refluant des voies biliaires et charriant les innombrables petits calculs grenus que nous avons signalés.

Ces calculets, d'où venaient-ils ? Ces minuscules grains ont déjà été décrits, bien qu'ils ne soient pas très fréquents. J'en ai trouvé mention dans plusieurs observations rapportées par LEJARS en un mémoire publié en 1896 dans la *Revue de Chirurgie*. Ils proviennent de la profondeur des canaux biliaires et se sont formés dans les canalicules intra-hépatiques. C'est de la gravelle intra-parenchymateuse. Une observation suivie d'autopsie, due à MERMANN, est absolument caractéristique et probante à cet égard : il s'agit d'une cirrhose hypertrophique, consécutive à la lithiase. La mort subite étant survenue ultérieurement par hématémèse, on trouva à l'autopsie une vésicule ratatinée, des canaux biliaires dilatés, et remplis de calculs dans toute leur étendue, jusqu'en leurs dernières terminaisons. Les calculs avaient l'aspect de petits grains, d'un vert sombre, friables, qui ressemblaient à du gros caviar (c'est bien là le signalement des granules lithiasiques que nous avons observés à des centaines d'exemplaires chez notre opérée). On trouvait aussi ces grains dans toute l'épaisseur du parenchyme hépatique.

Ces explications de physiologie pathologique une fois données, revenons à la question du traitement chirurgical de la cholécystite lithiasique suppurée.

Trois opérations différentes peuvent être pratiquées sur la vésicule que l'on ouvre pour lithiase.

La *cholécystotomie idéale* consiste à ouvrir la vésicule, à la vider de ses calculs, puis à la refermer par suture et à la replacer dans le ventre que l'on ferme. Cette opération ne pourrait être tentée que quand la vésicule n'est pas infectée et quand on est sûr d'avoir évacué tous les calculs qu'elle contient. Ces conditions se rencontrent très rarement ; et, même quand elles paraissent exister, il serait souvent imprudent d'y recourir. Un chirurgien allemand, qui a beaucoup

d'expérience en matière de chirurgie du foie, KEHR, raconte que, dans deux cas, il a été tenté de pratiquer la cholécystostomie. « J'avais devant moi, écrit-il, de » belles vésicules, grosses, saines ; pas d'hydropisie, » mais une bile claire contenant des calculs ; et, après » les avoir enlevés, il m'était impossible d'en trouver » d'autres. *Les doigts me démangaient* de fermer la » vésicule. Je pratiquai néanmoins la fistulisation. Je » m'en félicitai, car, dans les deux cas, un grand » nombre de calculs furent encore évacués au cours » du traitement (cinquante-quatre dans l'un des cas). » Je persiste à croire qu'il est absolument impossible » d'affirmer que l'on a enlevé *tous* les calculs » (1).

Restent en présence la *cholécystectomie*, ou extirpation complète de la vésicule, et la *cholécystostomie* ou fistulisation de la vésicule dont l'ouverture est abouchée à la plaie cutanée. TERRIER a parfaitement montré que, en dehors même des dangers plus grands de l'opération radicale, celle-ci ne remédie en aucune manière à l'angiocholite calculeuse, à l'infection des voies biliaires extra et surtout intra-hépatiques. Par le drainage qu'elle entretient, la cholécystostomie représente à peu près notre seul moyen d'action thérapeutique sur l'infection vésiculaire. C'est là qu'il faut chercher l'indication fondamentale de la fistulisation et la raison de la supériorité thérapeutique réelle de l'opération la plus simple et la moins grave, à savoir l'abouchement à la peau de la vésicule calculeuse ; abouchement qui aboutit presque toujours, une fois la désinfection obtenue, à la fermeture définitive de la fistule après un temps plus ou moins long. TERRIER a également soutenu cette thèse, à peu près universellement admise aujourd'hui, que la cholécystectomie n'est indiquée que dans les cas rares où le foie n'est pas infecté, et où la vésicule biliaire est très facile à détacher. — (Nous avons vu que ces conditions ne se présentaient pas chez notre malade). — Dans tous les autres cas, la cholécystostomie est de beaucoup préférable. C'est là la méthode que j'ai suivie et ma malade s'en est fort bien trouvée.

En résumé, en dehors même d'une indéniable simplicité plus grande, les avantages de la cholécystostomie se résument, comme l'a dit LEJARS, dans les termes suivants : elle réalise un drainage prolongé de la vésicule et jusqu'à un certain point de tout le système canaliculaire de la bile, drainage qui assure l'évacuation secondaire des calculs et la dérivation de la bile infectée. Qu'il soit impossible, au cours de l'opération, d'extraire tous les calculs, tous les débris de calculs, qui bourrent la vésicule dilatée et se cachent dans les replis de sa muqueuse ; et que, dans les jours suivants, par la voie laissée ouverte, l'évacuation s'achève et les concrétions enchâtonnées se détachent et s'éliminent; le fait n'a rien que de banal et de fréquent. Mais la fistule sert encore à dériver au dehors d'autres calculs que ceux de la vésicule, ceux qui existent dans le canal cystique, dans les canaux intra-hépatiques. On est étonné de l'abondance et de la durée de cette excrétion calculeuse et des résultats de la désobstruction progressive qui lui succède.

La cholécystostomie présente donc de tels avantages de simplicité opératoire et d'efficacité thérapeutique qu'elle doit être tenue, à l'heure actuelle, pour l'opération de choix dans la lithiase vésiculaire.

(1) *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 647.

Sténose cancéreuse du pylore : crises épileptiformes, résultant vraisemblablement de fermentations anormales dans l'estomac dilaté.

par MM. le Profr **Combemale** et **C. Huriez**, externe des hôpitaux.

L....., Bernard, âgé de 68 ans, tisserand, entre à l'hôpital le 20 mai 1900 parce qu'il a des vomissements depuis un certain temps et qu'il est très affaibli. Il n'y a rien de saillant à noter dans ses antécédents héréditaires ; il n'a jamais été malade et n'avait pas d'habitudes alcooliques.

La maladie qui l'amène semble avoir débuté, il y a trois ou quatre mois, par une anorexie chaque jour plus rebelle, particulièrement vis-à-vis des aliments azotés ; en même temps, le malade se plaignait d'une douleur épigastrique sourde, lancinante. Puis survinrent des vomissements après chaque repas, qui affaiblirent rapidement le malade à tel point que, au moment de son entrée, depuis trois semaines, il ne pouvait vaquer à ses occupations. Sur notre demande, une de ses proches dit que depuis cette époque, on le trouvait « drôle » à certains moments : mais d'une façon fugace. En présence de ce que révèle la suite de l'observation, nous avons conclu que des absences épileptiques existaient avant son entrée à l'hôpital.

Lors du premier examen, le malade a un teint cachectique très prononcé : la maigreur est marquée ; la peau du ventre sèche, jaunâtre, parcheminée ; la langue saburrale. Le malade vomit le matin quand il se réveille ou s'il se lève, et aussitôt après avoir mangé, d'abord les aliments, puis des matières glaireuses très acides et de fort mauvaise odeur.

On ne constate pas le phénomène de l'ondulation épigastrique. A la percussion, on obtient une sonorité gastrique dépassant très notablement la ligne de BOUCHARD. Le bruit de clapotage est perçu d'une façon

constante, même le matin à jeun, sur une large surface. La palpation ne donne cependant rien au niveau du pylore, où la dilatation gastrique attire cependant avec insistance l'attention.

Le foie est un peu hypertrophié : la matité hépatique descend à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Rien de bien particulier à noter du côté des poumons, ni du côté du cœur ; le malade est un vieux scléreux.

Dilatation pupillaire, sans inégalité.

Constipation habituelle.

L'examen de l'urine, rare et dense, ne révèle pas la présence d'albumine, ni de sucre. Mais en superposant dans un tube l'urine à l'acide nitrique, il se produit au niveau de séparation des deux liquides une coloration lilas qui, d'après certains auteurs, on le sait, est révélatrice de la présence d'indican.

Le malade n'a jamais eu les jambes enflées.

Une tentative pour recueillir avec la sonde le liquide contenu dans l'estomac, n'aboutit qu'à provoquer un vomissement d'odeur très acide et très désagréable.

Le lendemain de l'entrée, au cours de l'interrogatoire qu'on lui fait subir par l'intermédiaire d'un voisin qui parle le flamand, le malade se fatigue vite et présente une petite crise, constituée par du tremblement des lèvres et des globes oculaires, un léger tremblement du bras droit, de l'obnubilation passagère.

Le 30 mai, au cours d'un second examen, nouvelle crise un peu plus prolongée, d'une durée d'une minute environ, avec les mêmes caractères. La tétanie des extrémités, qui avait été rétrospectivement diagnostiquée pour la première attaque, est rejetée alors, comme ne cadrant pas avec les faits.

Le 31 mai, nouvelle crise, franchement épileptique cette fois, précédée du cri, comprenant une phase tonique, une phase clonique et une période de résolution pendant laquelle le malade reste dans un état d'hébétude marquée. M. le professeur COMBEMALE assiste à la crise, sur le diagnostic de laquelle le moindre doute ne saurait subsister : il s'agissait bien d'épilepsie.

Le 1er juin, on fait prendre au malade un repas d'épreuve ; on essaie à nouveau de faire un pompage de l'estomac une heure après ; mais la sonde ne peut être introduite : le malade rejette un liquide noirâtre, d'odeur infecte, dont l'analyse fut confiée à M. le Dr CARRETTE, chef de travaux chimiques à la Faculté. Voici le libellé de l'examen pratiqué :

Poids	127 gr	
Densité	1018	
Résidu sur le filtre	6 gr 33	
Résidu à l'évaporation	35 10	par litre

Odeur infecte, très acide ; acide butyrique très perceptible.

Filtration assez facile, filtrat clair, presque incolore.

Par le Gram	Rien
Par le Fehling	Réduction

Le liquide renfermait de l'albumine, peu de syntonine et des peptones.

Tournesol et Congo	Réactions acides
Günzburg	Rien

Acidité totale	3 gr 50	en acide chlorhydrique
Acide chlorhydrique combiné	0 630	
Acides organiques (lactique, acétique, butyrique)	2 870	
Chlorure de Sodium	3 159	

Conclusions. — Très peu d'acide chlorhydrique et fermentation anormale très nette. Dilatation. On est en droit de soupçonner un cancer.

A la suite de cette opération, le malade ne vomit pas les jours suivants, et ne présente pas davantage de crise. Mais le 6 juin survient une nouvelle crise épileptiforme complète, au cours de la visite. On procède peu après à un lavage de l'estomac : mais le tube de FAUCHER introduit dans l'œsophage n'arrive pas jusqu'à l'estomac ; le malade est d'ailleurs très indocile. On fait passer en plusieurs fois trois à quatre litres d'eau bouillie, ce lavage est suivi, au fur et à mesure de l'introduction de l'eau, de l'expulsion, par rejet et non par siphonage, d'un liquide présentant les mêmes caractères physiques que ceux de l'analyse précédente.

15, 16 juin. Le malade n'a plus eu de crise épileptique depuis le lavage d'estomac, et il n'a plus vomi, mais une diarrhée fétide est survenue depuis deux jours. Il se cachectise rapidement et meurt le 17 juin au matin.

A l'*autopsie*, nous avons trouvé un cœur petit, avec des plaques d'athérome sur l'aorte, un peu de congestion hypostatique des poumons, un ganglion bronchique gros, contenant quelques grammes de pus épais.

La lésion capitale était une dilatation considérable de l'estomac, qui contenait noyés dans un liquide d'odeur infecte, des haricots et des pois absorbés dès avant son entrée à l'hôpital. Un gros chou-fleur, formé de plusieurs nodules cancéreux mollasses et non ulcérés au niveau du pylore avait rétréci notablement le calibre de cet orifice, sans l'obturer complètement ; des adhérences fortes appliquent le pylore contre la face inférieure du foie au contact de la vésicule biliaire, ce qui explique pourquoi à la palpation on ne constatait pas de tumeur.

Le foie, gros, est un peu criant sous la coupe mais ne présente pas de noyau métastatique ; la rate, un peu hypertrophiée, est très friable ; les reins sont kystiques ; il n'y avait rien à noter du côté de l'œsophage.

L'observation ci-dessus a trait, on le voit, à un cancéreux, dont la sténose pylorique, relativement peu serrée, coïncidait avec une énorme dilatation stomacale. La stase alimentaire, qu'entraîne une ectasie gastrique si marquée, ne va pas sans des fermentations, dans lesquelles l'odorat et l'analyse chimique révèlent de grandes quantités d'acides organiques, surtout d'acide butyrique. Nous soutenons que les crises épileptiformes que ce malade a présentées, étaient sous la dépendance de ces fermentations anormales ; en d'autres termes, s'il ne s'agissait pas d'une

épilepsie toxi alimentaire au vrai sens du mot, la résorption de ces produits de fermentation causait les accès épileptiformes constatés.

En effet, les grandes attaques épileptiformes avaient été précédées d'accès d'un état psychique très fugace, sur la nature desquelles nous n'avons pas d'autres renseignements, mais qu'en se rapportant aux descriptions de TROUSSEAU, nous avons cru pouvoir qualifier d'absences ; ces attaques ne sont apparues qu'après la cessation des vomissements qui avaient amené le malade à l'hôpital, et d'autre part, à deux reprises différentes elles ont cessé complètement pour quelques jours, après l'expulsion du contenu infect qui séjournait dans l'estomac. Cette constatation, on en conviendra, est d'un grand poids pour soutenir l'opinion que nous défendons. Nous pouvons donc nous croire en droit de voir là un rapport de cause à effet, d'autant que, si nous ne sommes pas fondés à affirmer l'action épileptogène de ces acides de fermentation de par l'expérimentation, nous pouvons croire qu'une toxine, provoquant l'épilepsie, peut parfaitement prendre naissance dans un milieu stomacal en fermentation, au même titre qu'une toxine provoquant la tétanie.

La littérature médicale montre d'ailleurs qu'une élaboration défectueuse des aliments a été fréquemment invoquée, par des auteurs dignes qu'on s'arrête à leurs hypothèses, comme cause des accès épileptiques. Avant de rappeler ces hypothèses, il convient de faire remarquer cependant que notre cas n'est pas celui d'un épileptique invétéré qui a de mauvaises digestions, mais d'un dilaté avec fermentations qui a sur la fin des attaques épileptiformes. La différence est considérable entre ces deux cas ; si l'explication est plausible pour les auteurs que nous citerons, elle est évidente pour notre cas particulier.

Ainsi HERTHER et SMITH (1) ayant très fréquemment trouvé de l'indican dans les urines épileptiques en concluent que certains processus de putréfaction intestinale jouent un rôle évident dans la pathogénie de l'épilepsie idiopathique ; dans les cas qu'ils ont observés, il y avait une relation constante entre l'intensité de ces putréfactions et la fréquence des accès. Paul BLOCQ et MARINESCO (2) font intervenir comme cause déterminante de la production des crises convulsives certains poisons de nature encore inconnue, des ptomaïnes vraisemblablement. Dans leur « Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie » (1), MM. MARINESCO et SÉRIEUX concluent à la grande importance des auto-intoxications en tant qu'agents provocateurs des paroxysmes comitiaux. CLAUS et VAN DER STRICHT (2) racontent l'histoire d'une petite fille qui avait une absence toutes les fois qu'elle se gorgeait de sucreries et qui avait cessé d'en avoir dès qu'elle s'en était abstenue. KÜSSMAUL signale la coexistence fréquente de l'épilepsie et de la dilatation de l'estomac. Nous pourrions citer encore les thèses de LABATH DE LAMBERT (3) et Félix DUPRÉ-LEFEBVRE (4); l'article important de NELSON TIETER (5) sur l'origine autotoxique de l'epilepsie, celui de Gilbert BALLET (6) dans lequel l'auteur considère l'auto-intoxication comme une source très fréquente de phénomènes convulsifs.

En plus de ces différents auteurs, signalés par MAURICE DE FLEURY (7), nous noterons enfin les observations personnelles de MAURICE DE FLEURY extraites de son ouvrage et parues dans la *Médecine moderne* (8).

« On peut admettre que l'épilepsie gastro-intestinale résulte d'une excitation réflexe de l'écorce » cérébrale par irritation mécanique des parois du » tube digestif sous l'influence des fermentations » anormales..... irritation mécanique que produisent vraisemblablement les vers intestinaux, les » boissons fortes et les repas très copieux, qui » souvent provoquent la crise avant même d'avoir » été absorbés et d'avoir pu agir chimiquement. On » peut admettre encore qu'un grand nombre d'accidents épileptiques sont sous la dépendance de » l'auto-intoxication d'origine alimentaire.

» Ce qui prouve combien cette doctrine a chance » d'être vraie, c'est que chez tous les malades nous » trouvons de la dilatation de l'estomac et de l'atonie » intestinale, un foie un peu gros, des urines riches » en vestiges de putréfaction intestinale (indican) et » c'est aussi les résultats vraiment très saisissants » obtenus par l'emploi de tout ce qui peut contribuer à » la stérilisation de l'appareil gastro-intestinale ».

(1) Researches upon the etiology of idiopathic epilepsy. *New-York Méd. Journ.*, 27 août et 3 septembre 1892.

(2) *Semaine Médicale*, 12 novembre 1892.

(1) Académie royale de médecine de Belgique, 1895.

(2) Pathogénie et traitement de l'épilepsie, CARRÉ, éd., 1896, p. 244.

(3) Sur l'origine gastrique de l'épilepsie, thèse, Paris, n° 491.

(4) Lille, 1898, 5me série, n. 70.

(5) The alienist and Neurologist, 1897, avril, vol. XVIII, p. 203.

(6) Causes occasionnelles de l'épilepsie. *Indépendance médicale*, 26 avril 1898.

(7) Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement, J. RUEFF, éditeur, 1900.

(8) Médecine Moderne, 10 et 14 mars 1900.



Notre observation apporte donc à l'hypothèse qui est dans tant de bouches, l'auto-intoxication alimentaire cause excitatrice de manifestations épileptiques, une contribution de la dernière importance, que nous ne soulignerons pas autrement, tant elle est probante.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du Rapport sur les indications thérapeutiques dans l'appendicite

Par le docteur **Roux**, de Lausanne.

La plus urgente des indications est de savoir ce qu'il faut *ne pas faire*.

On proscrira les purgatifs d'une manière absolue dans tout le cours de l'appendicite ; même dans la convalescence, on saura les remplacer par des lavements, qui eux-mêmes ne seront destinés en aucun cas à remonter au-dessus de l'ampoule rectale. On ne s'en laissera imposer, ni par le souvenir de crise favorable sitôt après une évacuation abondante — qui est la conséquence plutôt que la cause de la guérison, — ni par les signes de pseudo-iléus inflammatoire, fréquemment observé.

On évitera de transporter le malade où que ce soit.

On obtiendra de même l'immobilité de l'intestin par l'opium, administré de préférence par la voie rectale. Pour ne pas en abuser et paralyser intestin et vessie, on pourra calmer les douleurs trop vives du début par une injection de morphine.

Diète *absolue* pour les premières heures et aussi longtemps qu'il y a des vomissements. Ensuite calmer la soif par quelques gouttes de liquide sur la langue, tout au plus ; par de microscopiques lavements d'eau salée ; très exceptionnellement et en cas de détresse par quelques injections sous-cutanées.

Applications prudentes de glace ; éventuellement maillots tièdes.

Indications opératoires : diminuer de 75 pour 100 au moins les cas d'appendicite aiguë en opérant « à froid » après la *première* crise dûment constatée.

Agir de même vis-à-vis des cas désignés comme colique appendiculaire et observés par un médecin instruit et consciencieux, si l'appendice est sensible à la pression.

Dans l'accès, l'opération ne sera en aucun cas décidée sans autre forme *dès que le diagnostic est posé*, mais en tenant compte d'indications précises ou tout au moins pesées, chaque fois.

Lorsque le diagnostic est certain et que l'on est sûrement dans les premières 24 à 36 heures après le début du mal, ce qui se rencontrera très rarement dans la pratique, l'opération n'est guère plus dangereuse que l'excision « à froid » et on pourra la tenter à ce moment, si les conditions de milieu et d'opérateur sont idéales. A plus forte raison peut-on le faire dès les premières heures, avec grand succès, lorsque le malade est mis sur ses gardes par un accès précédent et qu'il regrette de n'avoir pas suivi un bon conseil.

Passé ce temps — *et c'est ce qui arrive ordinairement* avant qu'on appelle le médecin et surtout le chirurgien, — l'opération à la Dieulafoy se ferait dans des conditions défavorables et ferait courir au malade, par elle-même, neuf fois sur dix au moins, des risques sans proportion avec la gravité de son mal.

Autant l'opération peut paraître justifiée et relativement favorable dans les premières heures, autant elle est incertaine et assez souvent dangereuse en elle-même dans ce qu'on peut appeler la période intermédiaire, pendant laquelle les signes alarmants devraient fréquemment faire prévoir un échec opératoire plus encore que pousser à l'intervention, s'il n'y avait pas entre médecin, chirurgien et l'entourage du malade un fatal entraînement mutuel (dyspnée, vomissements, pouls mauvais et très rapide, cyanose, etc.).

Bientôt arrive, jusqu'au quatrième et cinquième jour, la période d'accalmie relative et de localisation. On trouve un exsudat palpable, pourvu qu'on sache le chercher (rectum, vagin, synchondrose, hypocondre, etc.), car il y a toujours un foyer purulent *dans tous les cas* où l'idée d'une opération surgit. On l'abandonne à la résorption spontanée, si tous les symptômes s'amendent ensemble, et l'on attend l'opération « à froid ».

Si la fièvre persiste, avec douleur, augmentation de l'exsudat, pouls rapide et facies désagréable, l'opération est justifiée.

Elle l'est aussi lorsque la fièvre reparaît ou devient hectique, avec recrudescence de l'exsudat et apathie du sujet. Elle est surtout indiquée en cas de frissons ou dissociation du pouls et de la température, dans le sens d'un pouls rapide avec courbe thermique fléchis-

sante (la dissociation en sens contraire n'est pas alarmante).

Les indications tirées de l'analyse des urines et de la leucocytose ne sont ni assez nettes, ni assez fidèles pour être utilisées.

Il arrive cependant, lorsqu'on a vu beaucoup d'appendicites, qu'on intervient parce que le malade *fait mauvaise impression*, tout court. Cette indication, lorsqu'elle se présente, est aussi précise qu'elle est indéfinissable.

Une abondante sécrétion urinaire empêchera de voir la situation trop en noir. C'est un signe précieux.

L'ouverture et la neutralisation de l'abcès est le but immédiat, bien plus que l'excision de l'appendice. Celui-ci sera enlevé, s'il se présente complaisamment, Si non, il sera pris « à froid » et non pas les jours suivants par la même ou une autre ouverture.

L'opération en deux temps est une opération de nécessité, un accroc.

En se dirigeant ainsi, on laissera mourir quelques rares appendicites à forme septicémique, mais on évitera d'en tuer un beaucoup plus grand nombre.

Résumé du Rapport sur les indications thérapeutiques dans l'appendicite

Par **Ad. Jalaguier**.

Tout appendice iléo-cœcal malade doit être réséqué. L'opération sera pratiquée « à froid », c'est-à-dire lorsque les phénomènes d'infection générale auront disparu et lorsque les lésions locales auront perdu toute virulence. Cette indication générale n'admet que peu d'exceptions.

La doctrine séduisante et commode de l'intervention hâtive, systématique, aussitôt que le diagnostic d'appendicite est posé, n'est pas acceptable en principe. L'observation prouve, en effet, qu'une crise aiguë d'appendicite se termine généralement par la localisation des lésions et par la résolution, lorsqu'elle est traitée dès son début par l'immobilité, la diète absolue, la glace, l'opium, et, dans certains cas, par les injections de sérum artificiel.

Les manœuvres opératoires risquent de troubler cette évolution favorable, en faisant échec aux forces de l'organisme qui lutte pour le cantonnement et l'élimination des agents infectieux. Dans les cas graves l'opération n'a souvent d'autre résultat que d'augmenter le collapsus ; et, s'il est juste de reconnaître que, dans la plupart des cas d'intensité moyenne, elle assure la guérison, — guérison qui aurait sans doute été obtenue sans intervention, — il n'en est pas moins vrai qu'on voit parfois, dans les cas les plus légers en apparence, les opérations les mieux conduites s'accompagner d'accidents formidables, par suppression des fonctions éliminatrices du foie et des reins. C'est que la crise d'appendicite n'est souvent que l'une des manifestations d'une infection générale.

L'intervention hâtive présente encore un autre danger : elle expose à faire opérer quelquefois, après un diagnostic précipité et incertain, des malades atteints d'affections simulant l'appendicite par quelques-uns de leurs symptômes, entre autres la fièvre typhoïde, la grippe à localisations intestinales, l'entéro-colite survenant par crises, voire même de simples coliques hépatiques ou néphrétiques, opérations toujours inutiles, souvent nuisibles, dont on connaît plusieurs exemples authentiques.

L'expérience démontre que la surveillance attentive des malades, l'analyse minutieuse des phénomènes cliniques pendant la crise aiguë d'appendicite, permettent de discerner les cas, peu fréquents du reste, qui réclament l'intervention immédiate. Il en est ainsi pour les péritonites généralisées ou à grands enkystements et pour les collections suppurées circonscrites dont la résorption n'est plus possible.

Dans la forme diffuse septique de la péritonite, véritable intoxication générale dans laquelle la réaction péritonéale passe au second plan, l'intervention est presque fatalement suivie de mort, tandis qu'on voit assez souvent guérir, grâce aux injections massives de sérum, des cas en apparence désespérés. Il en est de même des appendicites sans péritonite qui s'accompagnent d'infection générale grave.

L'intervention pendant la période aiguë doit avoir pour objet l'évacuation des produits septiques et l'établissement d'un large drainage ; quant à l'appendice, il ne faut le réséquer que si on le découvre facilement.

La voie d'accès est la laparotomie latérale pour les péritonites non circonscrites. La même voie convient pour les collections iliaques. Quant aux collections lombaires, péri-hépatiques, méso-cœliaques, pelviennes, etc., on les abordera par des incisions dont le siège sera déterminé par la situation des abcès. On s'efforcera de les atteindre et de les évacuer en évitant ou en protégeant le péritoine libre.

A côté de ces cas pour lesquels l'intervention « à

chaud » ne peut être évitée, il faut placer ceux dans lesquels le refroidissement ne peut être réalisé d'une façon complète : appendicites qui, les accidents aigus une fois calmés, n'arrivent pas à la résolution parfaite, et qui se caractérisent, soit par des recrudescences se montrant à des intervalles plus ou moins rapprochés, soit par des accidents d'infection subaiguë.

L'intervention « à froid » est indiquée sans discussion possible dans l'appendicite à rechutes.

L'indication n'est pas moins nette, à mon sens, après une crise unique, aussi bien lorsqu'il ne reste plus trace appréciable de la poussée aiguë, que lorsqu'une douleur localisée ou une induration prouve le passage de l'appendice à l'état chronique.

L'appendicite chronique succédant à longue échéance à une ou plusieurs crises aiguës, et l'appendicite chronique d'emblée sont aussi justiciables de l'opération. La résection de l'appendice est suffisante dans la plupart des cas pour assurer la guérison. Dans quelques cas invétérés, il peut être nécessaire de compléter l'opération par le traitement de lésions secondaires plus ou moins éloignées : destruction d'adhérences ou de brides, libération d'anses intestinales déviées ou coudées, résection d'épiploon atteint d'inflammation chronique.

Les résultats de l'intervention sont des plus satisfaisants ; les troubles dyspeptiques et les accidents d'infection chronique, qui caractérisent cette forme, disparaissent en général d'une façon complète. La seule contre-indication à l'opération se trouve dans l'âge avancé des malades ou dans une altération de l'état général indépendante de l'appendicite, à condition, bien entendu, que l'appendicite reste chronique et ne donne pas lieu à des accidents aigus menaçants pour la vie.

Les indications thérapeutiques dans l'appendicite pendant la grossesse ne diffèrent pas de celles qui viennent d'être exposées : on ne doit intervenir « à chaud » que contraint et forcé. L'intervention « à froid » reste la condition idéale, elle n'est nullement incompatible avec la vie du fœtus.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le crâne d'Antoine Macéo

MM. Montalvo, de la Torre et Montane ont étudié, au point de vue anthropologique, le crâne d'Antonio Macéo, le célèbre patriote cubain.

Le crâne de Macéo présentait cette particularité qu'il offrait un os inter-pariétal, particularité considérée par la plupart des auteurs comme caractéristique de l'ancienne race péruvienne, bien que d'après les recherches d'Anoutchine elle se trouve seulement dans une proportion de 6,8 pour 100 chez les Péruviens, de 1,5 pour 100 chez les nègres et de 1,3 pour 100 chez les Américains.

La capacité du crâne de Macéo était celle des crânes des individus de race blanche ; mais le reste du squelette se rapprochait du type nègre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Honoraires des médecins. — Action en justice. — Tarifs des syndicats médicaux. — Preuve des visites.

Dans son *Code pratique des honoraires médicaux*, page 536, le docteur FLOQUET fait justement observer que les médecins, en soignant les malades, remplissent un véritable sacerdoce. Aussi leur dignité professionnelle et personnelle leur commande-t-elle de ne pas porter autant que possible devant le public et devant la justice les questions d'argent. Mais il est pourtant des cas dans lesquels cette même dignité leur impose le devoir d'en agir autrement, lorsqu'il s'agit par exemple, de vaincre une mauvaise volonté, sinon une mauvaise foi, que rien ne justifie. Quand se présente une pareille situation, « ils ne doivent pas hésiter à faire consacrer leur droit par les tribunaux qui ont mission de réprimer à la fois l'ingratitude des malades qui refusent et la cupidité des médecins qui demandent ».

Et alors, deux questions se posent ; le plus souvent, le client conteste d'abord le nombre des visites portées sur la note du médecin, ensuite le chiffre des honoraires réclamés, soit pour chaque visite, soit en bloc, pour le traitement tout entier. C'est au médecin demandeur à prouver le nombre des ces visites ; c'est au tribunal saisi de la contestation, à fixer le chiffre des honoraires. Comment le médecin fera-t-il la preuve qui lui incombe ? A quelles règles se référera-t-il pour prendre une décision conforme au droit ? Il y là deux points distincts sur lesquels il nous semble inutile de rééditer des dissertations ou des discussions purement théoriques. Aussi bien la jurisprudence de nos tribunaux paraît-elle avoir son siège fait. Ce qui importe, par conséquent, au médecin, c'est de savoir, non pas ce que les tribunaux *devraient décider*, mais bien ce qu'ils *décident* dans les espèces particulières qui leur sont soumises. Voilà pourquoi nous croyons devoir signaler aux lecteurs de l'*Echo Médical du Nord*, un arrêt rendu, par la Cour de Bordeaux, le 14 février 1900, et que rapporte le journal *La Loi* dans son numéro du 8 juin dernier.

Le procès s'agitait dans les circonstances suivantes :

Le docteur Delage réclamait une certaine somme (dont le chiffre n'est pas indiqué) à une dame Vve Cormelier, dont il avait soigné le mari. La défenderesse faisait offre d'une somme bien inférieure de 495 fr. 80.

A l'appui de sa réclamation, le docteur Delage faisait valoir qu'il avait donné, pendant plus de deux années consécutives, des soins au sieur Cormelier, atteint d'une maladie incurable qui nécessitait des visites prolongées et fréquentes et obligeait le médecin, par suite de l'absence de tout auxiliaire dans le lieu isolé qu'habitait le malade, à lui appliquer en personne certains traitements qui ne rentraient pas absolument dans l'exercice de sa profession ; qu'en outre, pour se rendre auprès de ce client, il devait parcourir une distance de 12 kilomètres ; qu'enfin, il avait eu à soigner plusieurs membres de cette famille et des domestiques.

De l'autre coté de la barre, la Vve Cormelier contestait le nombre des visites, et l'honoraire réclamé pour chaque visite.

I.— Sur le premier chef, la Cour de Bordeaux, se conformant à des précédents bien établis, décide qu'il suffit au médecin de fournir des documents d'un caractère probant, qui permettent aux juges d'en tirer des présomptions de véracité, et que, si le client entend combattre ces présomptions, c'est à lui qu'il incombe d'apporter la preuve contraire. « Attendu que la nature particulière de l'exercice de l'art médical constitue une impossibilité légale rentrant dans les termes de l'art. 1348 C. civ. et dispense le médecin de l'apport d'une preuve ou d'un commencement de preuve écrite du nombre de visites, du moment qu'il produit des documents d'un caractère probant qui permettent d'y puiser les présomptions suffisantes pour fixer la conviction; celui qui ne paie pas régulièrement les visites de son médecin est présumé s'en être rapporté aux notes de celui-ci ; en tous cas, c'est au débiteur qu'incombe la preuve contraire s'il soulève une contestation ».

Nous disions que cette décision était conforme aux précédents. A tous ceux que signalent les auteurs ou les recueils spéciaux, on pourra ajouter les deux jugements suivants: Tribunal civil de la Seine, 13 mai 1898, d'après lequel « le médecin étant, suivant les usages, dans l'impossibilité de se procurer une preuve par écrit, sa créance d'honoraires, ses livres peuvent constituer pour les juges un élément de preuve suffisant, à moins d'exagération évidente (*La Loi* du 26 mai 1898; et justice de paix, 1er juin); en décidant, en faveur d'un médecin arabe, que le malade qui ne paie pas comptant son médecin est présumé s'en être rapporté aux mentions inscrites par ce dernier sur son livre de visites, et qu'en conséquence un pareil livre, tenu régulièrement, fait preuve suffisante en justice à l'appui des réclamations du médecin non payé, sans qu'il y ait lieu de revenir à des preuves complémentaires (*Revue des justices de paix*, 1899, VII, 263.

II. — Sur le second chef, fixation des honoraires, le nombre des visites étant déterminé, la solution était plus délicate.

Le docteur Delage réclamait des honoraires fixés à tant par visite, conformément au tarif adopté par le syndicat des médecins de sa région (arrondissement de Cognac).

La Cour de Bordeaux répond « que les tarifs adoptés par un syndicat de médecins établis dans une région ne sauraient être obligatoires pour le juge ». Le principe est certain. Il est proclamé par les auteurs. « Si modérés qu'ils soient, écrit le docteur Floquet, *op. cit.* p. 92, les tarifs d'honoraires établis par les syndicats de médecins ne sauraient engager légalement ni les *médecins*, ni les *malades*, ni les *magistrats* ». Peut être ne sera-t-il pas inutile de rappeler ce principe à l'occasion du tarif publié par l'*Echo médical du Nord*, dans son numéro du 22 avril dernier, p. 177 : « Tarifs des honoraires médicaux en cas d'accidents, que, par application de la loi du 9 avril 1898, le syndicat médical de Lille *imposera*, à dater du 1er juin 1900, aux Compagnies d'assurances accidents ». Il faut se prémunir contre des déceptions possibles.

Mais si les tarifs des syndicats ne sont pas obligatoires, quelles règles doivent suivre les tribunaux ? Particulièrement, doivent-ils faire entrer en ligne de compte, dans les éléments de leur décision, le nombre multiplié des visites nécessitées par un traitement pour ne pas appliquer à chacune de ces visites le prix d'une visite isolée ? Nous devons constater, sur cette question spéciale, un désaccord complet, toujours persistant, entre les médecins et les tribunaux.

Si nous écoutons l'un des représentants les plus autorisés des premiers, le docteur Floquet, dans son *Code pratique des honoraires médicaux*, p. 552 et suiv., nous l'entendrons élever contre la jurisprudence de nos tribunaux une éloquente protestation. « Il est dans leur pouvoir, dit-il, de réduire, s'il y a lieu, la note d'un honoraire global dû pour une opération, ou d'abaisser encore le prix fixé d'une visite isolée, prix qui doit être proportionnée à la situation de fortune du malade; mais ce serait de leur part violer les règles de simple équité et de liberté professionnelle que de réduire le prix de l'ensemble des visites nécessitées par un traitement plus ou moins long, et d'en apprécier en bloc le montant... L'apprécier en bloc, serait assurément un acte arbitraire et d'une jurisprudence bien élastique. Il est évident que le prix de chaque visite ne peut être fractionné et qu'il constitue une créance isolée, distincte et irréductible, s'il n'est pas exagéré. Cette créance, née d'un service rendu, d'une visite faite à un malade, ne peut donc pas être arbitrairement réduite. Nous estimons donc que les déci-

sions judiciaires ne peuvent, sans être taxées d'arbitraires, abaisser le prix de chaque visite pour cette seule raison que la gravité du mal a forcé le médecin à en multiplier le nombre. »

Et pourtant, les tribunaux sont restés insensibles à ces reproches! Tout comme ceux dont les décisions antérieures à 1897, citées par le docteur FLOQUET, motivaient ses critiques, les tribunaux qui ont eu à statuer depuis sur la même question ont persisté dans les mêmes errements.

C'est ce qu'a fait le tribunal civil de la Seine dans le jugement précité du 13 mai 1898. Le docteur DE FUARDENT réclamait à une demoiselle Varcollier, plus connue sous le nom de Marguerite Ugalde, une somme de 6.510 fr., pour, à raison de 10 fr. par visite, 651 visites faites depuis le mois de février 1889 au mois d'avril 1896, « Attendu, décide le tribunal, que, étant donné le grand nombre de ces visites, il échet de fixer le prix de la visite à 8 fr, au lieu de 10 fr. ce qui, pour 651 visites, donne 5.208 fr.

C'est ce que vient de faire encore la Cour de Bordeaux dans l'arrêt qui nous sert de thème : « Attendu que les tarifs adoptés par un syndicat de médecins établis dans une région, ne sauraient être obligatoires pour le juge, qui doit faire application aux parties des principes du droit commun et fixer les honoraires en tenant compte des services rendus, de la nature de la maladie, de la situation sociale et de la fortune du malade, de l'éloignement du médecin, de sa notoriété et de la localité dans laquelle il exerce ; mais, quand un malade reste pendant plusieurs mois dans un état assez grave pour justifier les nombreuses visites qui lui ont été faites et nécessiter de son médecin traitant des soins d'une nature spéciale, il ne peut être question d'appliquer dans toute sa rigueur le tarif en usage pour le prix d'une visite isolée ou d'un nombre de visites restreint; en pareil cas les honoraires du médecin doivent être fixés dans leur ensemble ».

La Cour ajoute : « que c'est le devoir des Tribunaux de réprimer également l'exagération de celui qui demande et l'ingratitude de celui qui refuse de se libérer; que d'ailleurs si la médecine est un art utile, de dévouement et justement honoré, c'est un motif de plus pour ceux qui la professent de se montrer plus modérés dans la répétition du prix de leurs services; que, sans entrer dans le détail de la note présentée par le docteur DELAGE, que le tribunal de Cognac avait cru devoir discuter article par article, il convient d'admettre la totalité de ses réclamations, d'en réduire sans doute le chiffre, mais dans des proportions très modérées, et de le ramener, par une appréciation plus équitable des soins donnés dans d'autres circonstances de la cause, à la somme de 1.250 fr. 80 ».

Nous avons exposé les deux opinions en conflit: nous n'avons pas besoin de rappeler que pour ce conflit comme pour bien d'autres, le dernier mot appartient aux tribunaux ; nous ne pouvons que laisser à nos lecteurs le soin de conformer leur ligne de conduite, le cas échéant, à l'opinion qu'ils considèrent comme devant amener la solution la plus favorable à leurs intérêts.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par décret de M. le Ministre de l'Instruction publique, en date du 28 juillet 1900 :

M. AUSSET, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1900, d'un cours de thérapeutique.

M. OUI, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchement.

M. CARLIER, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire et de clinique des maladies des voies urinaires.

M. CARRIÈRE, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile.

M. PHOCAS, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. VERDUN, agrégé, est chargé d'un cours de parasitologie, pendant l'absence de M. BARROIS, député.

M. FOCKEU, docteur en médecine, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de botanique médicale.

M. DELÉARDE, agrégé, est nommé chef du laboratoire des cliniques.

M. BÉDART, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de physiologie.

M. FOCKEU est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle.

M. DEMEURRE est nommé chef des travaux pratiques de physique.

M. LOUIS est nommé chef des travaux pratiques de chimie minérale.

M. VALLÉE est nommé chef des travaux pratiques de chimie organique.

M. GÉRARD est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie (chargé des fonctions).

M. LEFÈVRE est nommé chef des travaux pratiques de pharmacie (chargé des fonctions).

M. PAINBLAN est nommé chef des travaux pratiques de bactériologie.

SOUTENANCE DE THÈSE

Le lundi 23 juillet, M. Georges PONTIER, de Renty, a soutenu, avec très grand succès, sa thèse de doctorat (6me série, n° 11), intitulée : **Les olives du Bulbe chez l'homme et les mammifères.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. DEBOVE est nommé professeur de clinique médicale.

MM. LABBÉ, APERT, MANGIN-BOCQUET, HALLÉ, HULOT, sont nommés chefs de clinique.

MM. SAINTON, FAUQUEZ, GUILLEMOT, GAUDY, ROSENTHAL, sont nommés chefs de clinique adjoints.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. CASTAING est nommé chef de clinique chirurgicale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

L'Académie des Sciences a élu correspondants pour la section de médecine et de chirurgie : MM. ZAMBACO-PACHA (de Constantinople), et CZERNY (de Heidelberg).

Distinctions honorifiques

Sont promus au grade d'*officiers de l'Instruction publique* : MM. LE DENTU, PROUST, RAYMOND, TERRIER, TILLAUX, BLANCHARD, BUDIN, DIEULAFOY, FARABEUF, FOURNIER, HAYEM, JOFFROY, LANDOUZY, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; RETTERER, LEJARS, HANRIOT, agrégés ; DUCLAUX, directeur de l'Institut Pasteur.

Au grade d'*officiers d'Académie* : MM. ANGER, HUTINEL, POUCHET, BERGER, BRISSAUD, CHARRIN, GAUCHER, WIDAL, WURTZ, de la Faculté de médecine de Paris ; GRIMBERT, de l'Ecole de pharmacie.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de M. le Dr MÉRAULT, de Méhun-sur-Yèvre (Cher) ; MM. NOLLET, interne des hôpitaux de Paris ; Alfred BOR, professeur à l'Ecole de medecine d'Amiens ; Nicolas CRETULESCU, de Bucarest ; BECO, de Huy (Belgique) ; BRIBOSIA (de Namur) ; CHAUVEAU, médecin des colonies, décédé à Tananarive ; MOUSSIER (de Nantes).

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

— **La goutte à Evian-les-Bains**, par le docteur F. CHIAÏS, Société d'éditions scientifiques, *Paris*, 1900.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

29me SEMAINE, DU 15 AU 21 JUILLET 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	11
3 mois à un an	15	11
1 an à 2 ans	1	1
2 à 5 ans	»	2
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	3	»
20 à 40 ans	4	3
40 à 60 ans	9	5
60 à 80 ans	7	5
80 ans et au-dessus	»	1
Total	49	40

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	4	»	»	1	»	»	»	»	»	7	14	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	14	»	»	2	»	»	»	»	»	2	20	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	10	»	»	1	»	»	»	»	»	5	17	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	8
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	1	»	1	»	4	9	10
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	20
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	5
Total	»	»	»	»	»	»	»	4	6	2	37	»	»	9	»	1	»	1	»	29	9	127

N° 187. Quatrième Année. N° 32 Le Numéro : 10 centimes. 12 Août 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La Classification des leucocytes

Par **E. Laguesse**

(Extrait du Cours d'histologie)

On trouve dans le sang plusieurs variétés de leucocytes, de taille, de forme, de caractères et de réactions assez différentes. Pour plusieurs auteurs, pour Ehrlich notamment, ce sont même de véritables *espèces*, bien distinctes, non transformables l'une dans l'autre, constituant des lignées différentes, et ayant leur origine dans des organes différents. C'est aujourd'hui l'opinion admise par la plupart des auteurs, mais non universellement acceptée, et contre laquelle un commencement de réaction tend à se produire, les auteurs étant loin de s'accorder sur le nombre, les limites et le caractère de ces espèces. Les classifications ne peuvent donc avoir, pour l'instant, qu'un caractère provisoire ; néanmoins, on doit les connaître car elles sont fort utiles, indispensables même dans la pratique histologique actuelle, et surtout dans la pratique clinique, pour étudier et répartir les aspects variés qu'on rencontre sous le microscope.

Ces classifications ne datent pas de quelques années seulement, comme on tend trop volontiers à le croire aujourd'hui, et les principaux types de leucocytes étaient connus depuis longtemps, quand Ehrlich parvint à rendre plus simple la technique qui permet de les distinguer, et à la faire entrer dans la pratique courante. Virchow (1845-46), en découvrant la leucémie, établit la présence dans le sang de deux formes de leucocytes, les uns gros, les autres petits (lymphocytes d'aujourd'hui), réduits presque au noyau ; et il plaça leur origine dans des organes différents. D'autre part Warthon Jones (1846) distinguait les globules blancs en granuleux, et non granuleux. Mais la première classification complète est due à Max Schultze (1865) et diffère bien peu de celles d'aujourd'hui. Max Schultze reconnaissait quatre variétés principales :

1. Formes petites, de diamètre inférieur à une hématie, presque remplies par un noyau arrondi.

2. Formes plus grosses à noyau arrondi.

3. Leucocytes ordinaires, à noyau unique ou multiple.

4. Formes à grosses granulations réfringentes.

Plus tard, en France, à la suite de ses études sur le sang, HAYEM adoptait une division semblable, puis dans son livre (*Du sang*) il réduisait les variétés à trois, en faisant de la seconde un simple sous-groupe de la première.

Et jusqu'à ces dernières années, on employait assez volontiers les termes de leucocytes de la 1re, 2e, 3e variété de HAYEM, pour désigner les formes petites, les formes grandes à noyau lobé polymorphe ou multiple, les formes à grosses granulations réfringentes. D'après ses travaux, d'après ceux de RANVIER, de MALASSEZ, de POUCHET, HAYEM donnait de ces formes une définition et une description plus précise que celle de MAX SCHULTZE. A la 3e variété on attribuait encore volontiers le nom de leucocytes à granulations; POUCHET préférait celui de leucocytes de SEMMER, du nom de l'auteur qui, à un moment, les avait le plus étudiés. Ces derniers, rares dans le sang humain, avaient surtout attiré l'attention dans le sang des vertébrés inférieurs, où ils peuvent prédominer.

Enfin, d'autre part, LOWIT prenant pour base de sa division la forme du noyau, répartissait les globules blancs en :

Petits mononucléaires ;
Grands mononucléaires ;
Leucocytes à noyaux polymorphes ;
Polynucléaires.

Ces classifications, celles de MAX SCHULTZE et de HAYEM notamment, sanctionnaient des distinctions bien évidentes, établies par l'étude sur le vivant et par l'action de réactifs variés ; elles s'appliquaient non seulement à l'homme, mais aux vertébrés dans leur ensemble. On a pu y ajouter, les préciser, mais ce sont elles qui fournissent leur base aux groupements actuels.

Il faut ajouter pourtant qu'elles n'étaient guère utilisées dans la pratique, surtout dans la pratique clinique, du fait même de la délicatesse des méthodes techniques employées et de la grande altérabilité des éléments du sang.

Le perfectionnement de la méthode des préparations sèches permit peu à peu de faire facilement des fixations moins précises dans les détails, mais assez fidèles. L'étude raisonnée des couleurs d'aniline vint fournir des méthodes de coloration tranchées, et l'examen clinique du sang est aujourd'hui devenu classique.

C'est surtout EHRLICH qui, par ses travaux (1878-1891) a peu à peu imposé cet emploi des couleurs d'aniline après préparation sèche, et la classification qui en découle est devenue d'usage courant en clinique et en anatomie pathologique.

EHRLICH, étudiant l'action des couleurs d'aniline sur les granulations des leucocytes, découvrit d'abord une nouvelle espèce d'éléments, le plus souvent fixés dans le tissu conjonctif, et possédant des granulations tout-à-fait différentes par leurs réactions de celles des leucocytes de SEMMER ; il les appela Mastzellen. Très rares d'ailleurs à l'état libre dans le sang, ces cellules constituent une variété absolument nouvelle.

EHRLICH reconnut ainsi que les granules de chaque espèce ont une élection particulière pour certaines *couleurs d'aniline*. Il fut amené à répartir ces couleurs en trois groupes, *les acides*, *les basiques* et *les neutres*. Il faut bien s'entendre sur la valeur de ces expressions. Elles ne signifient aucunement que la solution aqueuse de telle couleur a une réaction acide, basique, ou neutre, suivant qu'elle colore telle ou telle variété de granules. Ainsi le vert de méthyle est une couleur dite basique. Or, une solution de ce vert, fortement additionnée d'acide acétique, et de réaction franchement acide, continue à avoir l'élection dite basique, à agir comme couleur basique. Les désignations *conventionnelles* d'EHRLICH signifient simplement ceci : la plupart des couleurs d'aniline que nous employons peuvent être considérées comme des sels formés par l'association d'un acide et d'une base ; or, la couleur du sel est due tantôt à l'acide, tantôt à la base. EHRLICH appelle *couleurs acides* celles dans lesquelles le principe colorant est apporté par l'acide, *basiques* celles où le principe colorant est apporté par la base, et *neutres* celles qui possèdent une couleur mixte due à la combinaison de deux principes l'un basique, l'autre acide. Ainsi, l'acide picrique appartient à la famille des anilines. Le picrate d'ammoniaque, dû à la combinaison d'acide picrique jaune, et d'ammoniaque incolore, prend la couleur jaune, la couleur de son acide : c'est une couleur acide d'aniline au sens d'EHRLICH. Ainsi la fuchsine, ou acétate de rosaniline, tire son pouvoir tinctorial de sa base de rosaniline : c'est une couleur basique. La rosaniline picrique, due à la combinaison du picrate d'ammoniaque et de la rosaniline acétique, sera une couleur neutre. Parmi les couleurs acides les plus électives et

les plus employées il faut citer l'éosine, l'aurantia, le violet de méthyle, l'orange, etc...; parmi les couleurs basiques, le vert de méthyle, la safranine, le violet de gentiane, le bleu de méthylène.

Le *mélange d'Ehrlich*, dont il existe plusieurs formules, est formé par la combinaison de trois couleurs appartenant à des groupes différents : orange, fuchsine acide, vert de méthyle. Un autre mélange du même genre, dû à KLEIN, est constitué par du bleu de méthylène et de l'éosine. Quand on les emploie sur une préparation sèche de sang, la couleur acide se porte sur certains éléments qui sont dits *acidophiles*, la couleur basique sur d'autres qui sont dits *basophiles*. Enfin certains se teignent d'une couleur mixte neutre, *neutrophiles*.

Des mélanges de même genre sont employés dans une foule d'autres colorations cytologiques, et d'une façon générale le protoplasme des cellules se montre plutôt acidophile, la chromatine du noyau basophile.

En appliquant ces mélanges colorés à l'étude des leucocytes, pour laquelle, du reste, ils avaient été combinés, EHRLICH put y distinguer :

Des granulations α ou éosinophiles (acidophiles, oxyphiles) prenant la couleur acide seule,

Des granulations γ, ou basophiles, prenant la couleur basique seule,

Des granulations ε, ou neutrophiles et quelques autres variétés secondaires : granulations β (amphophiles), δ, etc...

Et c'est sur ces bases qu'il remania la classification des leucocytes, d'après l'absence ou la présence de granulations, d'après le caractère acidophile, basophile ou neutrophile de celles-ci, secondairement d'après la forme du noyau.

Il établit ainsi dans sa dernière classification retouchée (1898, en collaboration avec LAZARUS, dans le Traité de pathologie de NOTHNAGEL) 6 classes de leucocytes :

1. *Les lymphocytes* (correspondant à la première variété de HAYEM), sans granulations.

2. *Les grands leucocytes mononucléaires*, sans granulations, à noyau arrondi comme les précédents, mais à protoplasme abondant.

3. *Les formes de passage*. Variété des précédents, ayant le noyau plus ou moins lobé et quelques granulations neutrophiles.

4. *Leucocytes polynucléaires*, à noyau polymorphe, et à granulations neutrophiles.

5. Les *cellules éosinophiles* (leucocytes de SEMMER) à granulations acidophiles.

6. Les *Mastzellen*, à granulations basophiles.

Il ajoute à part, quatre autres formes qu'on ne trouverait que dans les états pathologiques, et qu'il suffira de nommer ici :

7. Les *myélocytes neutrophiles* ou mononucléaires à granulations neutrophiles (Markzellen).

8. Les *myélocytes éosinophiles* ou mononucléaires à granulations éosinophiles (Markzellen).

9. Les *petits pseudo-lymphocytes* à granulations neutrophiles.

10. Les *formes d'irritation* (Reizungformen).

Pour en finir avec l'énumération des principales classifications, ajoutons que récemment, au 5e Congrès français de médecine interne (1899), DENYS, de Louvain, a proposé une classification d'une extrême simplicité modifiant celle d'EHRLICH.

Il supprime la troisième espèce pour la réunir à la quatrième ; elles auraient les mêmes caractères communs, des granules neutrophiles. Il croit pouvoir aussi fusionner les deux premières. Il garde pour base unique de classement la granulation, et considère tous les leucocytes à granulations comme provenant de la moelle des os, les autres étant fournis par les ganglions lymphatiques, et accessoirement par la rate.

D'où le tableau suivant pour le sang normal. Les leucocytes sont divisibles en :

Lymphocytes, ou leucocytes sans granulations, provenant de la lymphe ou de la rate.

Myélocytes ou leucocytes à granulations, provenant de la moelle des os; trois espèces suivant réaction des granules.	— *Neutrophiles.* — *Acidophiles.* — *Basophiles.*

Pour DENYS, ce sont quatre espèces immuables, non transformables l'une dans l'autre, comme l'étaient déjà pour EHRLICH la plupart de ses groupes. Mais comment pouvons-nous être certains que ces quatre noms correspondent bien à quatre lignées distinctes, à quatre espèces différentes, puisque les espèces d'EHRLICH ont de tout autres limites ? EHRLICH, par exemple, admet que les grands mononucléaires (lymphocytes de DENYS *pro parte*) peuvent par l'intermédiaire des formes de passage, devenir des polynucléaires neutrophiles. D'autre part on a fait remar-

quer (RENAUT) que chez certains vertébrés inférieurs où la moelle des os fait défaut (lamproies par exemple) les myélocytes dominent. Si séduisant qu'il soit, ce mode de groupement est précisément trop net, trop simple pour pouvoir s'adapter actuellement à la multiplicité des formes observées, dont la filiation est le plus souvent presque impossible à établir dans l'état actuel de nos connaissances.

Les mêmes raisons nous feront douter encore qu'on puisse séparer aussi strictement avec EHRLICH, et classer en deux espèces absolument distinctes, les lymphocytes par exemple, et les polynucléaires, alors que dans la rate embryonnaire on les voit naître côte à côte. Les *formes de passage*, très rares, ne sont, comme il l'admet lui-même, qu'une variété de grands mononucléaires ; c'est par conséquent une complication un peu superflue que de leur donner une aussi large place sur le tableau, il suffirait de les mentionner. D'autre part les expressions de mononucléaires et polynucléaires employées par EHRLICH ont fait leur temps. RANVIER, FLEMMING, ont montré que dans la plupart des leucocytes, où l'on avait cru voir plusieurs noyaux, de minces ponts de substances unissent ces corps en un seul boudin nucléaire moniliforme, fortement étranglé en plusieurs points. C'est rarement que ce boudin se fragmente en noyaux multiples, dans les exsudats récents par exemple, et c'est un signe de dégénérescence. EHRLICH reconnaît que le mot est mauvais, mais ajoute que tout le monde sait par quel abus de langage on continue à l'employer. Il serait bon pourtant de l'éviter, surtout avec des débutants, et de s'en tenir pour cette catégorie à l'expression de leucocytes à noyau polymorphe opposée à celle de leucocytes à noyau arrondi. Il n'y a pas lieu d'autre part de retenir les anciennes expressions de HAYEM : leucocytes de la 1re, de la 2e, de la 3e variété, puisque lui-même récemment a accepté pour ses variétés les dénominations usuelles de mononucléaires, polynucléaires, éosinophiles (*Société de Biologie*, 1899).

Pour toutes ces raisons, nous nous en tiendrons à l'ancienne classification de MAX SCHULTZE, et de HAYEM, rajeunie par EHRLICH, en laissant de côté les formes de passage de celui-ci et en n'employant qu'en sous-titre les expressions mauvaises et trompeuses de mononucléaires et polynucléaires. Nous nous arrêterons donc provisoirement au tableau suivant :

	Variétés	Proportion dans le sang d'après Ehrlich
LEUCOCYTES	1. *Lymphocytes* (ou petits mononucléaires) ou petits leucocytes à noyau arrondi.	22 à 25 p. 100
	2. *Grands leucocytes à noyau arrondi* ou grands mononucléaires	1 p. 100
	3. *Leucocytes à noyau polymorphe*, à granulations neutrophiles (ou polynucléaires)	70 à 72 p. 100
	4. *Leucocytes éosinophiles* ou leucocytes de SEMMER à grosses granulations acidophiles . .	2 à 4 p. 100
	5. *Leucocytes à granulations basophiles* ou Mastzellen du sang	0,28 à 0,5 p. 100

Et réunissant les caractères nouveaux aux anciens, nous pourrons les décrire ainsi :

— *Lymphocytes*. — Petits leucocytes se rapprochant de la taille des hématies, la dépassant souvent un peu. Gros noyau arrondi les remplissant presque entièrement ; généralement un nucléole bien visible. Le protoplasme est réduit à une couche mince, souvent imperceptible, formant parfois d'un côté un épaississement en forme de calotte. Plus réfringent que le noyau, presque homogène, semble-t-il, il se teint plus vivement que lui, par le bleu de méthylène notamment. L'amiboïdité n'est pas absente, mais réduite au minimum, du fait même de la faible quantité de protoplasme. Si l'on ne voit pas de mouvements amiboïdes vrais, de larges pseudopodes, on trouve en revanche à la surface de courtes gibbosités changeantes, ou de fines et courtes pointes qui s'allongent et se rétractent. Ce sont des lymphocytes qu'on trouve accumulés dans les mailles du tissu réticulé des follicules clos (ganglionnaires ou autres). Ce sont eux qu'on trouve constituant la presque totalité des éléments cellulaires dans le canal thoracique du lapin. Dans le sang ils représentent à peu près le quart du chiffre total des globules blancs.

— *Grands leucocytes à noyau arrondi* ou grands mononucléaires. — Grands en général chez l'homme, comme 2 à 3 hématies juxtaposées, ils ont le même gros noyau arrondi, souvent ovalaire, généralement excentrique, faiblement colorable. Le protoplasme abondant, d'aspect homogène ou réticulé (alvéolaire), ne contient point de granulations spécifiques. Contrairement à celui des lymphocytes, le noyau est généra-

lement invisible ou très difficilement visible sur la cellule vivante.

Dans le canal thoracique, dans le sang surtout, ils sont rares. D'après les uns, ils proviennent de la rate, d'autres les rapportent aux ganglions, d'autres à la moelle. C'est la variété sur l'origine de laquelle on est le moins d'accord. EHRLICH lui-même ne lui trace point de limites étroites. Il admet qu'ils peuvent lober leur noyau en bissac, et prendre quelques granulations neutrophiles pour devenir peu à peu des polynucléaires neutrophiles. Pour HAYEM, il faut y joindre, en englobant le tout sous le nom de mononucléaires incolores, des petits leucocytes à protoplasme plus transparent, incolores et non colorables par l'éosine. Ces formes seraient à distraire des vrais lymphocytes, dont le corps légèrement teinté d'hémoglobine est vivement colorable par l'aurantia et l'éosine.

— *Leucocytes à noyau polymorphe* et à granulations neutrophiles. Ce sont eux qui constituent la grande majorité, les trois quarts environ des éléments du sang, et que nous avons pris comme type dans la description des leucocytes. Grands, quoique souvent moins que quelques-uns des précédents, ils ont en général de 10 à 14 μ chez l'homme. Ils sont caractérisés surtout par leur noyau riche en chromatine, vivement colorable et de configuration toute spéciale. Dans le cas le plus simple il est fortement lobé ou incisé en bissac Assez généralement chez l'homme l'encoche s'élargit, et le noyau s'étire en un boudin allongé replié en fer à cheval, ou contourné de façon encore plus complexe en S, en Y, en E, en Z, etc... Ce boudin peut donc également se diviser, se ramifier. Mais en outre, il est le plus souvent de diamètre très irrégulier, bosselé, étranglé par places à ce point qu'il paraît décomposé en une sorte de chapelet pelotonné, formé de grains de dimensions variées, réunis entre eux par un mince filament. Si la coloration n'est pas intense, celui-ci est difficile à voir et avait d'abord échappé aux observateurs, d'où le nom de polynucléaires. En réalité c'est exceptionnellement que, dans le sang, le chapelet s'égrène en une série de 3 à 4 petits noyaux arrondis. Cela arrive plus souvent dans les exsudats frais. Le protoplasme est caractérisé par ses fines granulations neutrophiles peu distinctes, par son abondance, et surtout par son amœboisme très marqué ; pour JOLLY (1898), la forme du noyau serait en partie due à ces mouvements du protoplasme, le remaniant sans cesse. Grâce à eux, les polymorphes sont les agents essentiels de la diapédèse et de la phagocytose. Certains auteurs, pour faire ressortir cette propriété et les opposer aux lymphocytes, les confondent avec le groupe suivant sous le nom d'amibocytes. Leur protoplasme, très réfringent sur le vivant, ne laisse point apercevoir le noyau, sauf chez certains animaux : triton, axolotl, etc.

— *Leucocytes éosinophiles.*— C'est une des variétés les plus nettes. Par leur noyau polymorphe ou multiple, (assez généralement deux chez l'homme (POUCHET JOLLY) réunis ou non par un filament, excentriques), par leur protoplasme abondant et amiboïde, ils se rapprochent des précédents, quoique moins lestes dans leurs mouvements s'ils sont trop chargés. Ils s'en distinguent par ce caractère spécifique net : ils sont bourrés de grosses granulations arrondies, réfringentes, souvent jaunâtres, visibles sur le vivant, et prises d'abord pour de l'hémoglobine dont elles n'ont pas les caractères (ne se dissolvant pas dans l'eau : CH. ROBIN, MALASSEZ). Les granulations sont très vivement colorables par les couleurs acides d'aniline, et particulièrement par l'éosine. Généralement plus gros que les précédents, les éosinophiles se retrouvent avec eux dans les exsudats et le pus. Abondants chez les vertébrés inférieurs, où ils sont connus depuis longtemps, ils forment la majorité des leucocytes chez les poissons, chez beaucoup d'invertébrés. Fréquents encore chez certains mammifères (cheval), ils ne se retrouvent plus qu'à l'état presque exceptionnel, au taux de 2 à 4 pour cent dans le sang humain normal. Mais ils ont acquis une grande importance en clinique, parce qu'ils se multiplient considérablement sous certaines influences morbides (asthme bronchique, lèpre, pemphigus, maladies cutanées en général, helminthiase, etc...) et par conséquent les oscillations dans leur nombre peuvent constituer un élément précieux de diagnostic. L'origine très probable du plus grand nombre d'entre eux, sinon de tous, est dans la moelle des os, où on les retrouve en abondance, et où ils montrent souvent de belles figures caryocinétiques. (Voyez JOLLY. Archives d'anat. micros. 1899).

— *Leucocytes à granulations basophiles* ou **Mastzellen** du sang. — Très rares, découverts par EHRLICH, constituent la variété la plus récente. Trouvés d'abord en certains points du tissu conjonctif, dans les travées grossières de la rate notamment, où ils ont l'aspect de grosses cellules fixes fusiformes ou arrondies, ils

ont été rencontrés depuis assez abondants dans la peau, la paroi intestinale, le myocarde, au voisinage des vaisseaux, des foyers sanguins, enfin dans le sang; surtout dans les états pathologiques. Pour EHRLICH, leur présence serait en rapport avec une surexcitation locale de la nutrition. Le noyau est généralement polymorphe, quelquefois arrondi. Les granulations sont moins grosses que celles des éosinophiles, de taille et de distribution inégale, non visibles par la plupart des colorants. Elles prennent très vivement les couleurs basiques, notamment le bleu de méthylène et le violet de gentiane. Elles se laissent colorer par le procédé de GRAM sous l'aspect d'une colonie de micrococques. Par la thionine, qui est bleue, elles se colorent dans un ton différent, en rouge, par métachromatie.

Il n'y a pas lieu d'ajouter comme variété les clasmatocytes de RANVIER, car la clasmatose est une propriété du leucocyte au même titre que la diapédèse, la phagocytose, et nous en avons déjà parlé en étudiant ces propriétés.

Nous avons vu que EHRLICH, DENYS, et beaucoup d'auteurs considèrent ces groupes comme des espèces non transformables l'une dans l'autre, mais ne peuvent s'entendre sur les limites de ces espèces. Pour KANTACK et HARDY la cellule éosinophile et la cellule « hyaline » seraient des unités morphologiques aussi distinctes que la fibre musculaire lisse et la fibre striée. Il est certain qu'on ne rencontre dans le sang, par exemple, qu'un petit nombre de formes qu'on puisse considérer comme formes de transition entre les lymphocytes et les polymorphes, entre ceux-ci et les éosinophiles. Mais l'étude de l'hématopoïèse est, comme nous le verrons, loin d'être achevée, pour les globules blancs, aussi bien que pour les globules rouges.

Nous considérerons donc provisoirement encore ce mode de groupement comme une *classification artificielle*, commode, mais ne préjugeant en rien les rapports génétiques de ces différents groupes l'un avec l'autre et avec tels ou tels organes, rapports qui nous semblent encore insuffisamment étudiés.

Nous admettrions volontiers qu'il n'y a en réalité chez l'embryon qu'un tissu vaso-hématopoïétique unique, germe à la fois des endothéliums vasculaires et de tous les éléments du sang, tissu qui, plus ou moins lié au reste du mésenchyme, persiste en certains points chez l'adulte (moelle, rate, ganglions, etc...,) sous des modalités différentes, et avec des aspects différents. Nous admettrions volontiers que de chacun de ces organes naissent non des espèces, mais une ou plusieurs variétés de leucocytes, différentes par l'origine, mais dont certaines pourraient plus tard subir une évolution parallèle et prendre des caractères d'étrange ressemblance, des granules analogues, des fonctions analogues, tandis que certaines autres se spécialiseraient au contraire de plus en plus et deviendraient de plus en plus différentes.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du Rapport sur la pathogénie de la goutte

par **P. Le Gendre**, médecin de l'hôpital Tenon.

Depuis qu'on a constaté la nature uratique des tophus l'uricémie et chez les goutteux, les efforts des théoriciens ont eu presque toujours pour but d'expliquer la pathogénie de la goutte par le mécanisme de l'accumulation d'acide urique dans l'économie et la précipitation de l'urate de soude dans les tissus. Les principales théories ont invoqué : l'introduction en excès par l'alimentation d'acide urique ou de substances azotées génératrices d'acide urique ; la formation en excès d'acide urique par destruction des nucléines ou nucléo-albumines issues des leucocytes ou des noyaux de toutes les cellules du corps ; l'accumulation d'acide urique par insuffisance de transformation en urée, soit par torpeur du foie ou défaut d'un ferment lui permettant d'accomplir sa fonction uropoiétique, soit par insuffisance des oxydations dans l'organisme entier ; la rétention d'acide urique dans le sang par insuffisance de la fonction éliminatrice du rein ; la résorption d'acide urique dans le rein, qui, supposé chargé normalement d'accomplir par certaines de ses cellules la formation d'acide urique par conjugaison de l'urée et du glycocolle venus du foie, deviendrait impuissant à éliminer l'acide formé.

Celui-ci résorbé deviendrait dans le sang du quadriurate de soude qui, surabondant, se précipiterait sous certaines influences dans les tissus à l'état de biurate de soude.

Pour les uns, la présence de l'urate de soude dans les tissus articulaires y provoquerait seulement comme corps étranger la réaction inflammatoire paroxystique. Pour d'autres, l'acide urique agirait comme poison chimique et nécrosant et la mortifica-

tion préalable des tissus serait nécessaire à la formation des dépôts uratiques cristallisés.

Certains expliquent les localisations goutteuses par la moindre vascularisation ou la moindre résistance des tissus prédisposés et l'explosion des accès par l'entrave aux actions rénales.

D'autres attribuent à une influence nerveuse les localisations, les paroxysmes et les métastases.

On a pensé aussi que l'acide urique n'était nocif qu'après avoir subi certaine modifications physiques ou chimiques et qu'un rôle pathogène devait être attribué également à des substances autres que l'acide urique, telles que les corps alloxuriques.

Chacune de ces théories soulève de valables objections chimiques, physiologiques ou pathologiques; les plus spécieuses ne peuvent d'ailleurs expliquer que le mécanisme de l'accès de goutte et non le trouble de la nutrition cellulaire permanent et transmissible par hérédité, qui est le lien nécessaire entre les accidents morbides intermittents chez l'individu comme entre la maladie du père et celle du fils.

Mais la statistique clinique a mis hors de doute que la goutte se rencontre avec une fréquence toute particulière chez les individus dont les ascendants ou les descendants sont atteints de maladies du groupe dit arthritique ou par ralentissement de la nutrition, en première ligne le diabète et l'obésité, et que la goutte est associée souvent chez le même individu à quelques-unes de ces maladies.

Or les relations numériques établies entre les maladies du groupe arthritique autorisent à attribuer à chacune d'elles le mode pathogénique démontré vrai pour une d'entre elles par M. Bouchard, après les travaux duquel il n'est plus permis de douter que le diabète consiste en une diminution de l'aptitude des tissus à brûler le sucre, à pousser à l'extrême les transformations des hydrates de carbone. Si cliniquement la goutte est de même nature que le diabète, il y a grande vraisemblance pour qu'il existe chez le goutteux une élaboration défectueuse de la matière azotée, une inaptitude des tissus à détruire d'une façon parfaite l'albumine.

Parmi les conséquences de l'incomplète destruction des déchets, prend place l'encombrement de l'organisme et par certains acides (oxalique, acétique, lactique, etc.), qui peuvent diminuer les conditions de solubilité de l'acide urique sans que celui-ci soit nécessairement en excès dans le sang, et par certains corps organiques dont la toxicité peut contribuer à la genèse des accidents multiples de la goutte.

La statistique clinique met encore en évidence les affinités morbides de la goutte avec l'albuminurie simple, avec la néphrite interstitielle, comme la fréquence et l'intensité des perturbations chez les goutteux. On peut inférer de ces coexistences que les troubles fonctionnels du rein, comme ceux du système nerveux, jouent un rôle dans la préparation de la goutte et dans l'explosion de ses paroxysmes, soit par entrave apportée à l'élimination des déchets toxiques de la dénutrition des tissus, soit par inhibition neuro-trophique du métabolisme intra-cellulaire.

Quand la goutte est acquise, le trouble nutritif des cellules est amené par une hygiène défectueuse (abus d'aliments azotés ou riches en acide oxalique, et de certaines boissons fermentées, insuffisante activité physique et surmenage du système nerveux) ou par l'action d'un poison (le plomb).

Quand la goutte est héréditaire, c'est que le trouble nutritif des cellules du procréateur s'est continué à travers l'ovule ou le spermazoïde dans la descendance de ces cellules.

Résumé du Rapport
sur le traitement de la lithiase biliaire

Par le Docteur **Naunyn**, de Strasbourg.

La formation des calculs biliaires n'a pas uniquement lieu dans la vésicule; il s'en forme aussi dans les ramifications du canal hépatique.

La Cholestéarine et le Calcium (bilirubinate de chaux), les principaux composants chimiques des calculs biliaires, proviennent de la muqueuse des voies biliaires. Les catarrhes lithogènes de la muqueuse peuvent être provoqués par des microbes (colibacille, bacille d'Eberth, peut-être encore par d'autres); ils sont donc d'origine infectieuse. Une grande virulence des germes n'est pourtant nullement favorable à la formation des concrétions; ce sont plutôt les infections légères provoquées par des microbes dont la virulence est atténuée qui provoquent les catarrhes lithogènes. Ces infections légères peuvent s'établir dès qu'il y a stagnation de bile. La bile normale n'est en effet pas précisément stérile; seulement les germes, je ne veux citer que le colibacille, ne s'y trouvent qu'en nombre très restreint, et n'ont aucune virulence, tant que l'évacuation de la bile s'effectue normalement.

Il résulte de cet exposé que ce sont en dernier ressort les troubles dans l'écoulement et l'évacuation qui sont les causes principales de la formation des concrétions biliaires.

Le temps nécessaire à la formation des différentes sortes de calculs biliaires est de durée très variable. Il n'est pas impossible que la formation de l'une ou de l'autre sorte de calculs s'effectue très rapidement.

Les concrétions biliaires peuvent séjourner longtemps dans la vésicule sans dénoter leur présence par aucun symptôme.

Parmi les suites fâcheuses provoquées par la présence des calculs dans les voies biliaires, il faut citer en première ligne les inflammations des muqueuses, la cholécystite, la cholangioite calculeuse.

Elles sont d'origine infectieuse, et peuvent être provoquées par l'apparition de microbes, provenant du sang (bacille d'Eberth) ou de l'intestin, dans la bile ; en présence des calculs s'y trouvant, ces microbes se multiplient très rapidement. En effet les calculs empêchent l'évacuation complète de la bile ; telle que l'urine résiduelle dans la vessie, la bile résiduelle, c'est-à-dire le résidu de bile permanent, constitue un terrain excellent pour l'établissement d'une infection. La bile résiduelle peut-être de même le point de départ d'auto-infections de nature grave : le colibacille qui se trouve presque dans chaque bile normale peut devenir très virulent dans la bile résiduelle, c'est-à-dire dans le résidu permanent de bile.

Cette cholécystite infectieuse peut provoquer une expulsion de calculs et par ce fait être le point de départ des coliques hépatiques et de l'ictère.

D'autre part, les coliques hépatiques peuvent devenir, elles, le point de départ d'une cholécystite, quand un calcul quitte la vésicule pour d'autres raisons.

La cholélithiase peut guérir dans chaque phase de son évolution par l'évacuation de tous les calculs. Cette évacuation peut se faire par les voies naturelles, ainsi que par la formation de fistules. Dans la grande majorité des soi-disant « guérisons » il ne s'agit toutefois que d'une guérison des complications infectieuses : la maladie devient latente dès que les voies biliaires ne sont pas obstruées. La durée de cet état de guérison apparente n'est pas à prévoir ; elle peut être indéfinie.

Seul, le chirurgien peut se poser comme but une guérison complète. Celle-ci n'est pourtant pas identique avec l'évacuation des calculs par l'opération : il est des cas où les douleurs et l'apparition de calculs dans les selles continuent après l'opération. Quant à la thérapeutique interne, elle ne peut qu'aspirer à combattre l'obstruction des voies biliaires, et chercher à guérir les complications infectieuses : une fois la maladie redevenue latente, son but est atteint.

Une sécrétion de bile aussi abondante que possible est le moyen le plus efficace. Il est cependant plus que douteux que les médicaments provoquant une sécrétion de bile abondante en temps normal le fassent aussi quand les voies biliaires sont obstruées (cholangioite infectieuse). L'inefficacité des moyens cholagogues, tant qu'il existe une cholangioite infectieuse, ne peut que paraître naturelle.

Les procédés thérapeutiques consacrés par l'habitude, préconisés par nous, visent à la guérison de la cholécystite et de la cholangioite. Celles-ci une fois guéries la bile peut reprendre son cours normal, tel qu'il est désirable.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'hygiène publique et la médecine officielle en Italie

Quelles que fussent les prétentions des médecins d'autrefois, ils ne pouvaient imaginer l'importance que leur corporation devait prendre de nos jours. La Faculté du temps de Molière donnait bien le droit à ceux qu'elle avait reçus dans son sein de se livrer exclusivement aux opérations décrites en latin macaronique dans le *Malade imaginaire* ; les médecins pouvaient bien se réclamer réciproquement les malades comme un bien mis dans leurs meubles, incorporé à leur patrimoine, mais du moins le public n'était-il pas obligé d'avoir recours à leurs soins. Le malade gardait le droit de ne pas y faire appel et pouvait braver, — s'il avait la force de caractère suffisante, — les anathèmes de la Faculté, quitte à tomber de la bradypepsie dans la catalepsie et autres abîmes dont il était menacé. Les libres penseurs en médecine comme en religion ont été rares à toute époque ; il y en avait peu au temps jadis, mais enfin il pouvait exister des pécheurs impénitents. Depuis que l'hygiène est devenue une science et l'hygiène publique une institution, il n'en va plus ainsi.

C'est par la vaccination qu'on a commencé ; Jenner, ce grand précurseur inconscient du grand Pasteur, a fait une révolution médicale contemporaine de la Révolution française, ou à peu près, et dont la date n'est pas moins importante peut-être dans l'histoire du genre humain. On n'a pas laissé longtemps les gens libres de se faire vacciner ou de refuser l'opération jugée d'abord périlleuse. Quand la force de l'exemple donné de haut, notamment

en France par la famille royale elle-même, ne suffit plus à entraîner les réfractaires, on rendit la vaccination obligatoire, au moins en fait. Ce jour-là un pas immense a été franchi, et nous avons commencé à sentir peser sur nous le poids de ce quatrième pouvoir de l'Etat, plus puissant encore que la presse qui lui dispute ce rang : le pouvoir médical. Un humoriste a poussé loin la thèse opposée dans les MORTICOLES, où il fait un tableau fortement poussé au noir de ce que deviendra dans peu d'années notre planète sous le règne des médecins ; les plus sombres méfaits de la théocratie ne sont rien, semble-t-il, à côté de ce que nous réserverait le régime de la *iatrocratie* (qu'on nous passe le néologisme). On peut échapper au pouvoir des prêtres, fût-ce par l'hypocrisie, par une adhésion des lèvres et une conformation extérieure aux rites, la liberté intérieure restant entière. On n'échappe pas à la tyrannie autrement redoutable qui s'applique au corps ; contre ce *compelle intrare* il n'est pas de refuge assuré.

Et cependant la conservation de la santé publique est à ce prix. Si la liberté de l'un finit où celle de l'autre commence, on n'a pas la liberté d'être malade, quand notre maladie est un danger public. La médecine devient de plus en plus l'art de prévenir les maladies plutôt encore que de les guérir, et il faut s'en consoler, car les médecins sont les premières victimes de ce progrès. L'un de nos plus éminents hygiénistes, médecin lui-même, nous disait un jour que ses confrères étaient en droit de lui en vouloir, car plus qu'un autre il les avait lésés dans leurs intérêts matériels. Autrefois et il y a peu d'années encore, un médecin de quartier comptait bon an mal an une vingtaine de fièvres typhoïdes dans sa clientèle ; c'était le fonds le plus assuré de sa subsistance, chaque maladie représentant quarante visites en moyenne. Aujourd'hui, le même praticien n'a plus à soigner que deux ou trois cas de typhus par an. C'est l'hygiène publique qui a produit ce résultat par l'aération, la surveillance des foyers insalubres, la purification des eaux, etc. On poursuit aujourd'hui la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose ; c'est encore l'hygiène publique qui seule peut donner la victoire. Ne nous plaignons donc pas des sacrifices inévitables ; faisons-les de bon cœur. Ce n'est pas le règne des médecins qu'ils préparent, mais la vie humaine qu'ils épargnent.

En France, l'hygiène publique a fait depuis quelques années d'immenses progrès sous la direction d'un éminent administrateur. Mais son action est bornée à une impulsion générale ; la salubrité publique reste, sauf exception, entre les mains des municipalités, trop souvent négligeantes par ignorance de leurs droits et de leurs devoirs.

En Italie, l'hygiène publique est conférée à une administration spéciale qui a trois degrés : l'office sanitaire au ministère de l'intérieur, les médecins provinciaux et les médecins communaux. Ce corps constitue ainsi ce qu'on peut appeler la médecine officielle, c'est-à-dire une administration spéciale composée de praticiens soignant non pas les individus, mais le public dans son ensemble. On s'en rendra compte par le détail d'une décision gouvernementale récente qui a réorganisé l'Office sanitaire au Ministère de l'intérieur.

Cet Office sanitaire a d'abord formé un simple bureau confié à des fonctionnaires administratifs. Puis, quand on comprit l'importance de cet organisme pour la protection de la santé publique, on en fit une Direction. « Mais, dit le rapport au roi qui précède le décret du 14 janvier 1900, on eut le tort de confier les emplois de cette Direction à des fonctionnaires techniques, qui devinrent prépondérants même dans les branches des services sans rapports étroits avec l'hygiène publique et qui voyaient les choses à un point de vue spécial, sans le concours de l'instruction juridique nécessaire, et sans la garantie de ce contrôle rigoureux auquel l'administration publique ne peut être soustraite ».

Ces inconvénients déterminèrent une réaction qui fit réduire la Direction de la santé publique à une simple division de l'administration civile. A son tour, cette réaction était allée trop loin, et M. le général PELLOUX, ministre de l'intérieur, a soumis au roi un décret qui « s'inspire, dit-il, des idées adoptées par les Etats les plus avancés », et qu'il caractérise ainsi : « Dans tout ce qui concerne la protection de la santé publique, l'action administrative doit être provoquée, dirigée, soutenue par la science technique, mais en même temps elle doit avoir égard aux exigences juridiques et économiques et n'agir qu'avec les formes et procédés propres à tout acte gouvernemental». C'est pourquoi le nouveau décret n'a donné à l'Office sanitaire qu'il venait de créer qu'une compétence exclusivement consultative, en imposant toutefois aux bureaux de l'administration le devoir de provoquer l'avis de l'Office sanitaire, afin que le ministre puisse prendre ses décisions en connaissance de cause et après avoir envisagé chaque question sous ses aspects multiples.

Cette organisation est, comme on le voit, analogue dans son esprit à celle du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Mais, chez nous, les membres du Comité ne font pas partie des fonctionnaires du ministère de l'intérieur, tandis qu'en Italie, d'après le décret du 14 janvier, l'Office sanitaire se compose : d'un inspecteur général, d'un vice-inspecteur général et de trois inspecteurs de la santé publique, assistés par un certain nombre d'employés ordinaires. L'inspecteur général et le vice-inspecteur général sont nommés par décret du roi ; les inspecteurs sont choisis parmi les médecins provinciaux.

Les attributions de l'Office sanitaire consistent : à veiller sur les conditions de l'hygiène et de la santé publique ; à proposer les mesures nécessaires pour la protéger et à en surveiller l'exécution au point de vue technique ; à

instruire à ce même point de vue les affaires sur lesquelles doit être consulté le Conseil supérieur sanitaire et à lui présenter les rapports des bureaux administratifs sur les affaires que ceux-ci ont instruites ; à communiquer aux bureaux compétents les vœux du Conseil supérieur et à proposer les mesures qu'il convient de prendre pour y donner satisfaction ; enfin, à donner son avis toutes les fois qu'il est prescrit par les lois et règlements ou réclamé par l'Administration.

Le traitement de l'inspecteur général est de 9.000 fr., et celui du vice-inspecteur général de 6.000 fr. par an. Ces chiffres sont ceux des traitements des directeurs généraux et des inspecteurs généraux de 2me classe au ministère de l'intérieur.

Un arrêté ministériel du 8 février dernier, rendu pour l'exécution du décret du 14 janvier, a pris les mesures de détail que comportait la décision royale. Nous y relevons notamment l'énumération suivante des attributions de surveillance de l'inspecteur général. Cette surveillance s'exerce sur le service médical des communes, sur les officiers de santé et le personnel du service sanitaire communal ; sur le service vétérinaire en ce qui concerne les maladies transmissibles à l'homme ; sur les hôpitaux, asiles d'aliénés, cliniques, établissements balnéaires et climatologiques ; sur le service de la vaccination et de la sérothérapie ; sur les laboratoires municipaux de surveillance hygiénique ; sur l'hygiène du sol, de l'habitation et sur les industries manufactures et cultures insalubres ; sur le service des inhumations et, en général, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publiques.

L'Office sanitaire a d'une façon générale sous ses ordres le personnel des médecins provinciaux et communaux, mais seulement au point de vue professionnel. Cependant, en tout ce qui a trait aux nominations, licenciements, réductions de traitement et toutes autres mesures relatives au personnel sanitaire des communes, le service administratif ne peut proposer aucune mesure au ministre sans avoir provoqué l'avis de l'inspection sanitaire.

C'est encore cette inspection qui s'occupe de la statistique sanitaire, de la rédaction du Codex et du tarif des médicaments, des règles relatives à la vente des spécialités pharmaceutiques et à l'introduction des médicaments étrangers, qui donne son avis sur les mises à la retraite ou en disponibilité pour raisons de santé, qui examine les demandes de l'industrie privée au point de vue sanitaire, etc.

On voit par là que l'Office sanitaire italien exerce à la fois des attributions dévolues en France aux médecins personnellement, à l'Académie de médecine, au ministère du commerce et au service de l'hygiène au ministère de l'intérieur. C'est un véritable bureau de médecine officielle, comme nous le disions en commençant.

(*Revue générale d'Administration*, 1900, I, 359).

Variétés & Anecdotes

La Médecine en Chine

Le monde entier a en ce moment les yeux fixés sur la Chine et les drames qui s'y déroulent. En médecine nous ne savons que peu de chose, sur la façon dont les Célestes comprennent et appliquent l'art de guérir.

Comme documents historiques on trouve la trace des caractères égyptiens sur d'anciens monuments, sur des ruines de tombes, indiquant le passage de ce peuple. On ne trouve rien comme littérature ancienne en Chine, quoique les écrits grecs eussent été connus. Il y a quelques traditions difficiles à établir pour prouver sûrement le passé. Parmi les illustres d'autrefois, il faut citer l'empereur Ghin-Nung, auteur d'un livre sur les herbes et les poissons (B. C. 2699). Nommons encore Sin, Chin, Sinæ, China ou Seres, et au moyen-âge Gathay.

C'est au commencement du Ier jusqu'au VIe siècle que la littérature chinoise s'affirme ; dans le IXe siècle les Chinois ont inventé l'imprimerie au moyen de pierres gravées, et l'on grava ainsi figures et pensées sur de la soie et autres matières et aussi sur du papier. Des caractères mobiles en terre, pour imprimer sont mentionnés au XIe siècle. Il existe au British Museum un livre Coréen imprimé avec ces caractères et daté de 1337. Les Coréens ont imprimé au moyen des caractères en cuivre au commencement du XVe siècle.

Les premiers travaux de médecine nous apprennent le nom d'un empereur chinois Hwang-Te (B. C. 2637) comme auteur d'un traité de médecine. Ce livre a pour titre « Nuy-Kin » ou « Neiszin » ; il existe encore de nos jours.

Avant Hwang-Te, on trouve Chin-Nung le bon empereur, le père de l'agriculture ; on lui attribue la classification et l'usage de toutes les drogues qu'il aurait expérimentées sur lui avant de les recommander aux autres.

Che-Hwang-Te (B. C. 213), fut un puissant empereur, et l'architecte de la fameuse muraille chinoise ; on l'appela le brûleur de livres, et en effet il se vengeait ainsi de l'opposition de quelques-uns ; heureusement les écrits de Hwang-Te furent sauvés.

Nang-King écrit sur la médecine au second siècle.

Wang-Sgu au IIe siècle produit 10 volumes sur le pouls.

Jusqu'en 1247 A. D. on ne trouve pas trace d'autres ouvrages plus anciens ; alors apparaît Sung-Tse avec un livre sur la médecine légale.

En 1500 A. D. paraît l'encyclopédie chinoise de médecine, éditée par le Prince Chu-Su, de la dynastie Ming, comprenant 160 volumes, 770 traités et 22.000 prescriptions.

Sous la présidence de Li-Shi-Chin, 800 médecins en 1596, écrivirent le fameux Pun-Tsaou-Kan-Mu, ou matière médicale chinoise en 52 volumes, décrivant 1890 drogues.

La littérature médicale dégénéra ensuite pendant longtemps

dans d'insignifiantes monographies, desquelles il faut excepter un ouvrage sur l'acupuncture en 7 volumes avec notice sur la circulation de l'air dans le corps et le traitement des fractures. A la même époque le Pentasco, ou chef chinois, publiait un ouvrage sur la botanique (Wilhington).

Il ressort de cette analyse que l'anatomie et la physiologie ont été inconnues des Chinois dès l'évolution médicale de leur pays et que cette science bâtie sans ces fondements nécessaires, n'a jamais su ni s'établir normalement ni progresser.

Confucius, en chinois Kung-Foo-Tseu, né en Chine (B. C. 551) fut un grand philosophe et le vrai chef de la religion des Chinois qui repose principalement sur l'agnosticisme, c'est-à-dire l'inconnu, et l'attachement au culte des aïeux. Le Buddhisme a dégénéré en Chine. Cette religion était venue de l'Inde ; dans la mythologie chinoise, comme dans la mythologie grecque, on trouve des médecins parmi les divinités, mais cette distinction paraît être octroyée principalement aux empereurs et aux grands dignitaires du gouvernement. L'empereur Futh-Hi est cité comme premier médecin et le dieu des docteurs. Kuang-Taï-Hong est la divinité des chirurgiens. Ling-Na est la déesse des sages-femmes et des enfants. Si des enfants sont malades les prêtres Taoiet sont priés d'intervenir par des cérémonies dans leurs temples pour obtenir la guérison. Ioh-Nong-Cha-Su est le dieu des pharmaciens et des médecins mais surtout des droguistes.

Quant au culte ancestral on le connaît dans sa religion et il reste plein de dignité et de poésie élevée, quoiqu'on en ait pu dire.

En Chine, le nombre des médecins est énorme ; l'État n'exerce aucun contrôle. Ceux qui exercent cette profession ont conservé des habitudes, un cérémonial, un habillement et des manières particulières bien des fois citées, nous ne nous y arrêterons pas ; on sait malheureusement que leur niveau scientifique n'est pas très élevé. Cependant il serait injuste de ne pas rappeler que les Chinois ont été parmi les premiers à connaître la circulation du sang, quoique l'anatomie de celle-ci n'ait été décrite que d'une façon imparfaite. On sait aussi qu'au IX[e] siècle des inoculations de la variole furent faites par ce peuple à titre préservatif. L'acupuncture a toujours été largement pratiquée et les cautérisations au fer rouge aussi. L'étude du pouls a surtout été l'objet de patientes et fort intéressantes études.

Depuis quelques années seulement, un certain nombre de jeunes Chinois et de femmes de ce pays ont été suivre les cours de médecine à l'étranger et sont revenus gradués dans leurs pays, qu'ils ne tarderont pas à transformer. De ce côté il est certain que le progrès entrera dans ce vaste empire et y répandra les bienfaits de la civilisation moderne. Il est grand temps.

D'après **M. Franklin Staples**.
(*Janus*.)

Industrie des jambes artificielles

La guerre Sud-Africaine, entre autres conséquences, a eu pour résultat de donner une impulsion nouvelle à l'industrie des jambes artificielles.

Ces appareils prothétiques ont atteint, paraît-il, en Angleterre, un degré de perfection artistique qui ne laisse presque rien à désirer.

Légèreté, élasticité, souplesse des mouvements, sont les qualités primordiales indispensables aux appareils de ce genre. La légèreté est depuis longtemps acquise grâce à l'emploi du liège. C'est surtout sur la délicatesse et le fini des mouvements qu'ont porté les progrès actuels.

On peut dire que les mouvements naturels sont maintenant reproduits avec une habileté merveilleuse. Monter à bicyclette avec une jambe artificielle est regardé aujourd'hui comme un fait des plus simples.

Une des difficultés les plus graves a été d'obtenir des appareils silencieux, ne faisant pas de bruit révélateur. Cette difficulté est vaincue au moyen de ressorts d'une douceur et d'une souplesse qui feraient honte aux coulisses synoviales les plus physiologiques.

Le dernier progrès dans cette voie a été la création d'une jambe qui non seulement se meut sans raideur dans la marche, mais encore prend au repos et dans la station assise la position naturelle du membre.

On peut se procurer ce chef-d'œuvre pour le prix modéré de 75 à 100 francs.

Un traumatisme providentiel

On connaît l'histoire de ce médecin qui, attaqué par une bande de chenapans, perdit sa montre et sa bourse à cette attaque, mais y gagna la guérison d'un goître, grâce à la pression *secundum artem* exercée sur son cou par des mains expertes.

Le *Philadelphia medical journal* nous signale le résultat encore plus satisfaisant d'une rixe qui eut lieu dans les rues de Willamsburg.

Un des combattants était atteint d'une appendicite, mais n'avais jamais eu le courage de se faire opérer.

Dans la bagarre il reçut un coup de couteau dans le ventre et fut porté à l'hôpital.

Là, le chirurgien, constatant que la blessure intéressait la région iliaque et trouvant la voie ouverte, en profita pour enlever l'appendice avec la plus grande facilité.

Le coup de couteau était arrivé au bon moment, car il paraît que l'appendice était en très mauvais état et qu'une opération d'urgence s'imposait.

Le blessé est en bonne voie de guérison et manifeste la plus vive reconnaissance à son adversaire, qui a accompli, avec tant de dextérité, la partie préliminaire de l'opération.



BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie,* par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bimensuels, depuis le 1er Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En Pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

— **Quinze cas de gastro-entérostomie rétro-colique postérieure en Y et deux cas de pylorectomie et de gastrectomie,** par J. PANTALONI, de Marseille, extrait des *Archives provinciales de chirurgie*, 1889.

— **La législacion sanitaria escolar ex los principales estades de Europa,** par le docteur Antonio de GORDON Y DE ACOSTA, *La Havane*, 1900.

— **El azucar como alimento del hombre,** A. DE GORDON Y DE ACOSTA, *La Havane*, 1900.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

30me SEMAINE, DU 22 AU 28 JUILLET 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	8
3 mois à un an	17	13
1 an à 2 ans	4	4
2 à 5 ans	2	3
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	4	7
40 à 60 ans	11	7
60 à 80 ans	6	11
80 ans et au-dessus	2	3
Total	59	58

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	6	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	5	1	1	2	»	»	»	»	»	5	15	19
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	13	»	»	1	2	»	»	»	»	5	22	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	8	»	»	3	1	»	»	»	»	4	20	32
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	7	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	7	6
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	3	»	»	3	»	1	»	»	»	4	13	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	13
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	11	»	»	3	»	»	»	»	»	3	18	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	6
Total	»	1	»	»	1	»	»	6	9	3	44	1	1	20	3	1	»	»	»	26	117	129

N° 188. Quatrième Année. N° 33 Le Numéro : 10 centimes. 19 Août 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La prophylaxie de la peste par les vaccinations préventives (1)

Par le Docteur **A. Calmette.**
Directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Depuis les travaux de ROUX, YERSIN, CALMETTE, BORREL, SALIMBENI et HAFFKINE, l'efficacité des inoculations préventives, soit du sérum antipesteux, soit des cultures de bacilles de la peste tuées par un chauffage d'une heure à 70 degrés n'est plus à démontrer.

On sait que le sérum confère une immunité très solide et presque immédiate après l'injection, mais cette immunité est malheureusement de très courte durée : elle n'excède que rarement douze à quatorze jours. Il est donc nécessaire, lorsqu'on emploie le sérum antipesteux à titre préventif, pendant les épidémies de peste, d'inoculer toutes les deux semaines une dose de 10 c.c. de sérum aux personnes qui doivent être mises à l'abri de toute contagion.

Cette méthode présente des avantages et des inconvénients :

Les avantages sont :

1° De conférer une immunité à peu près absolue et immédiate ;

2° D'être facilement acceptée par tout le monde, même par les enfants ; parce que l'injection de sérum n'est pas douloureuse ;

3° De n'être jamais nuisible ;

4° D'utiliser un produit dont l'activité se conserve intacte pendant un temps très long, presque indéfini, lorsqu'il est préparé aseptiquement.

Les inconvénients sont :

1° La trop courte durée de l'immunité ;

2° Le prix de revient élevé du sérum et la difficulté de se procurer celui-ci en quantité assez considérable pour qu'on puisse vacciner préventivement tous les quinze jours la population d'une ville entière.

3° La difficulté de rendre obligatoire ou même de diffuser largement une vaccination qu'il est nécessaire de répéter aussi fréquemment.

Ces inconvénients sont de nature à limiter forcément l'emploi préventif du sérum.

Celui-ci est cependant indiqué dans les circonstances suivantes :

A) A bord des navires infectés, en cours de naviga-

(1) Rapport présenté au Congrès International d'Hygiène.

tion, pour empêcher la maladie de s'étendre parmi les passagers et l'équipage ;

B) Dans les lazarets, pour mettre temporairement à l'abri de toute contamination le personnel affecté au chargement et à la désinfection des marchandises apportées par un navire suspect ou à bord duquel des cas de peste se sont produits.

C) Dans les docks, entrepôts et magasins où sont exceptionnellement manipulées des marchandises suspectes ;

D) En temps d'épidémie, pour la vaccination immédiate des personnes qui se sont trouvées momentanément en contact avec des malades et qui sont susceptibles d'être déjà infectées.

La méthode des vaccinations par les cultures du bacille de la peste tuées par le chauffage à 70°, appliquée sur une très large échelle dans l'Inde depuis trois ans, par M. Haffkine, possède incontestablement l'avantage de conférer une immunité plus longue que celle produite par le sérum antipesteux.

La durée exacte de cette immunité est cependant très variable. Elle dépend de la quantité de corps microbiens que renferme la culture, de l'âge de celle-ci, de sa toxicité, de son mode de préparation.

Cette durée est impossible à fixer chez l'homme. Elle peut s'étendre de quelques jours seulement à plusieurs mois. Chez les animaux sensibles à la peste comme le singe, l'immunité que produit une seule injection de 2 à 3 c. c. de culture vaccinale Haffkine n'excède pas, d'après mes expériences, trois semaines à un mois. Il faut répéter l'injection deux et même trois fois à huit jours d'intervalle, pour obtenir chez ces animaux une immunité qui peut s'étendre jusqu'à trois ou quatre mois, rarement davantage.

M. Haffkine n'a pas étudié expérimentalement les effets de sa vaccination. Pour me rendre compte de sa valeur, j'ai entrepris de vacciner par sa méthode plusieurs séries de singes, de cobayes et de rats, en vue de déterminer non seulement la durée de l'immunité après une, deux ou trois injections en culture vaccinale chauffée, répétées à huit jours d'intervalle, mais surtout en vue de rechercher le moment auquel apparaît l'immunité après l'inoculation vaccinale.

J'ai pu ainsi me convaincre que l'immunité, après une seule inoculation de 3 c.c. de culture en bouillon âgée d'un mois et chauffée une heure à 70 degrés, ne s'établissait qu'à partir du septième jour. Elle dure en moyenne, trois semaines chez le cobaye, un mois chez le singe, l'épreuve de résistance étant effectuée pour tous les animaux avec la même dose du même virus (1/100 de culture en gélose de quarante-huit heures). Chez le rat, l'immunité est plus durable après une seule injection de 2 c.c. de culture chauffée. Dans mes expériences elle s'est étendue jusqu'à trois mois.

On ne peut, sans aucun doute, rien conclure de ces faits à ce qui se produit chez l'homme. Puisque la vaccination Haffkinienne est plus efficace chez le rat, animal très sensible à la peste, que chez le cobaye, animal moins sensible, on peut admettre, comme le croit M. Haffkine, qu'une seule inoculation vaccinale est capable de donner une immunité plus longue chez l'homme que chez les animaux. Il est impossible, en tous cas, de rien affirmer à ce sujet. On doit constater seulement que cette vaccination Haffkinienne est très utile dans les pays infectés pour les raisons suivantes :

1° On peut facilement et presque sans frais préparer en quelques semaines de grandes quantités de cultures du bacille de la peste et par suite, de vaccin Haffkine, puisqu'il suffit de chauffer ces cultures, âgées de un mois, à 70 degrés centigrade pendant une heure.

2° L'inoculation de ces cultures chauffées est assez facilement acceptée : elle ne provoque qu'un peu de gonflement et de lymphangite pendant cinq à six jours autour du point d'inoculation.

3° On peut vacciner avec ces cultures chauffées la population d'une ville entière ou d'un pays et supprimer ainsi la réceptivité à l'égard de la peste, par conséquent toute chance de propagation de la maladie.

Cependant cette méthode est passible d'objections graves, qui sont de nature à empêcher les pouvoirs publics de rendre son application obligatoire dans les pays infectés, et par suite à restreindre ses avantages :

1° J'ai montré avec M. Salimbeni, lors de l'épidémie récente d'Oporto, que, pendant la période d'immunisation avec les cultures chauffées, les animaux sont extrêmement sensibles à des doses minimes de virus pesteux, rarement mortelles pour les animaux non vaccinés. Il s'ensuit qu'une personne, en incubation de peste légère, verrait sa maladie considérablement aggravée, si elle se soumettait, à ce moment, à l'inoculation préventive de vaccin Haffkine. Elle succomberait presque fatalement.

Cette constatation explique les quelques cas de mort rapide par la peste qui ont été observés dans l'Inde,

à Bombay et à Damaun, à la suite des inoculations Haffkiniennes.

2° L'injection des cultures chauffées produit une fièvre plus ou moins vive, ordinairement de courte durée, mais assez forte dans quelques cas pour obliger les sujets à suspendre leurs occupations.

3° La durée de conservation des cultures chauffées est beaucoup moindre que celle des sérums. Elle n'excède pas six mois. L'action combinée de l'air et de la lumière atténuent très vite la toxicité de ces cultures. Il faut donc les renouveler fréquemment et on ne doit pas faire usage de vieux vaccins.

Malgré ces objections, il faut reconnaître que la méthode de vaccination par les cultures chauffées est susceptible de rendre de très grands services en temps d'épidémie. Elle permet de limiter presque immédiatement l'extension d'un foyer.

L'emploi du sérum antipesteux qui ne présente pas les dangers de la vaccination HAFFKINE, est cependant plus recommandable, surtout pour les navires, lazarets, hôpitaux et postes d'observations, non seulement parce qu'il est, en même temps qu'un vaccin, le seul remède efficace que l'on puisse employer dans le traitement de la peste déclarée.

La peste constituant à l'heure actuelle une menace permanente pour tous les ports d'Europe et d'Amérique qui entretiennent des relations commerciales avec les pays contaminés, il conviendrait que les compagnies de navigation, les armateurs et les marines d'Etat prissent les dispositions nécessaires pour que tous leurs navires eussent, au départ de leur port d'attache, une provision suffisante de sérum antipesteux.

Des instructions spéciales relatives à l'emploi de ce sérum pour la vaccination préventive de tout le personnel du bord s'il se produit un cas suspect, devraient être remises à chaque médecin et à chaque capitaine.

Les mêmes instructions énonceraient les mesures à prendre pour détruire les rats, les parasites divers (puces, moustiques) susceptibles de propager la maladie; et pour désinfecter convenablement les marchandises en cours de route, si un cas de peste venait à éclater à bord.

Les lazarets, les services sanitaires et les hôpitaux civils et maritimes de tous les ports de guerre ou de commerce devraient posséder et renouveler à époques fixes un approvisionnement de sérum antipesteux. Dans les ports où il existe des laboratoires de bactériologie, le directeur du laboratoire serait utilement chargé de conserver le sérum, de le distribuer aux médecins sanitaires maritimes, aux armateurs ou aux capitaines en leur fournissant toutes les instructions utiles et d'en diriger eux-mêmes l'emploi lorsqu'il y aura lieu d'y avoir recours.

On prétend, avec raison, que le meilleur moyen d'éviter la guerre c'est d'y penser constamment et de se tenir toujours prêt. C'est aussi le meilleur moyen d'éviter la peste. Les médecins sanitaires des navires et des ports sont pour toutes les nations d'excellentes sentinelles dont la vigilance doit rester continuellement en éveil. Que chaque pays leur assure, comme nous l'avons fait en France, toutes les armes, c'est-à-dire les approvisionnements de sérum antipesteux nécessaires pour arrêter, dès le premier cas une épidémie naissante, que chaque pays organise dans les grands centres populeux maritimes des laboratoires bactériologiques d'avant-garde bien outillés et dirigés par des hommes compétents : la peste cessera bientôt d'être une cause d'inquiétudes et d'alarmes continuelles pour les peuples civilisés.

Intervention chirurgicale dans un cas d'inversion utérine d'origine puerpérale datant de cinq mois (1)

Par le docteur **M. Oui**,
Agrégé des Facultés de Médecine,
Chargé d'un cours d'accouchement à l'Université de Lille.

Le 9 juillet 1900, entrait à l'hôpital Saint-Sauveur la nommée D..., âgée de 35 ans.

Cette femme, dont les antécédents tant héréditaires que personnels ne présentent rien d'intéressant, a eu deux grossesses.

Elle a accouché pour la première fois, il y a sept ans, à terme et sans intervention, d'un enfant qui a succombé au bout d'un mois.

Le 1er février 1900, elle accouchait pour la seconde fois à terme et spontanément, assistée par une sage-femme. Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, qui suivit très rapidement la rupture de la poche des eaux, la sage-femme saisit le cordon et exerça des tractions énergiques. Ces tractions produisirent de très violentes douleurs accompagnées d'une abondante hémorrhagie. La délivrance effectuée, les douleurs continuèrent très vives pendant deux jours. De plus pendant six semaines, cette femme perdit du sang en très grande quantité L'hémorrhagie redoublait chaque fois qu'elle se livrait à un effort de miction ou de défécation.

Après un séjour de six semaines au lit, les pertes de sang cessèrent enfin et la malade se leva. Elle ne souffrait que très peu lorsque, le premier juin, le

(1) Communication au XIII Congrès international de médecine.

retour de couches se produisit sous formes d'hémorrhagies extrêmement abondantes qui durèrent dix jours. Le premier juillet, nouvelle période menstruelle avec hémorrhagie considérable. C'est alors que la malade vint se présenter à l'hôpital pour demander un remède à ces hémorrhagies.

Au moment de son entrée, elle perdait du sang en assez grande quantité ; elle était très affaiblie, maigre, pâle, anémiée. Le teint était cireux.

Par la palper abdominal, très facile étant donné la souplesse de la paroi, on ne trouvait pas l'utérus derrière le pubis.

Par le toucher vaginal, on constatait, descendant jusqu'au niveau du plancher périnéal, une tumeur piriforme, élastique, limitée au niveau des culs-de sac vaginaux par un très léger bourrelet circulaire, à peine perceptible. Cette tumeur était douloureuse à la pression.

En combinant le palper et le toucher, on constate l'absence de l'utérus à sa place normale et l'existence, en arrière du pubis, d'une dépression annulaire correspondant à la partie rétrécie de la tumeur.

La tumeur prise entre deux doigts peut être attirée à la vulve. Sa surface est lisse, congestionnée, saignant facilement. La constatation faite *de visu* des orifices des trompes confirme le diagnostic déjà établi d'inversion utérine.

M. le professeur FOLET veut bien me confier le traitement de cette malade.

Du 10 au 13 juillet, le vagin est lavé tous les jours et tamponné ensuite à la gaze iodoformée.

Le 13 juillet, sous le sommeil chloroformique, je tente, avec un insuccès complet, de réduire, par le taxis, l'utérus inversé.

Devant l'impossibilité d'aboutir par les manœuvres manuelles, je me résous à l'intervention sanglante et décide de recourir au procédé exécuté par DOYEN et qu'il a décrit dans sa « Technique Chirurgicale. »

L'utérus pris entre deux doigts est abaissé à la vulve, et une incision demi circulaire est pratiquée, ouvrant le cul-de-sac antérieur.

Le col est alors incisé dans toute sa hauteur, le long de la ligne médiane de l'arbre de vie qui est très apparent. Mais, malgré cette incision, la réduction reste impossible. L'incision est alors prolongée sur la paroi antérieure jusqu'à ce que la réduction puisse enfin s'effectuer et nous arrivons ainsi jusqu'à un centimètre et demi ou deux centimètres du fond de l'organe.

L'inversion une fois réduite, un double plan de sutures au catgut : sutures musculaires et sutures séro-séreuses, est alors effectué ; puis l'organe reconstitué est rentré dans la cavité pelvienne et remis en place par la plaie vaginale primitivement faite. Trois points de suture au catgut reconstituent le col dans son intégrité.

Une petite mèche de gaze est placée dans le cul-de-sac vésico-utérin et le vagin est comblé avec de la gaze iodoformée.

Le 17 juillet, renouvellement du pansement. La mèche de gaz est retirée du cul-de-sac antérieur.

Le 24 juillet, la cicatrisation est complète ; on constate seulement un peu d'ectropion de la muqueuse cervicale.

Nous n'avons pas l'intention de discuter ici tous les points intéressants de l'intervention chirurgicale dans l'inversion utérine.

L'opération sanglante doit être évidemment réservée pour les cas où les manipulations et le taxis ont échoué.

Le chirurgien aura à choisir, alors, entre l'hystérectomie vaginale et les opérations qui permettent la réduction de l'utérus après des débridements plus ou moins étendus.

Ces deux méthodes de traitement nous paraissent avoir des indications très nettes.

Si la malade est déjà âgée, si elle approche de la ménopause, il n'y a qu'un bien faible intérêt à lui conserver son utérus et l'hystérectomie vaginale est tout indiquée.

L'hystérectomie est également le procédé de choix dans les cas d'inversion récente irréductible s'il y a des phénomènes infectieux (Obs. de QUEIREL, — in Th. d'ACQUAVIVA, Montpellier, 1899). Inciser et remettre en place un utérus infecté serait s'exposer de gaieté de cœur aux pires accidents.

En revanche, dans les cas où l'utérus n'est pas infecté, chez les femmes jeunes auxquelles cet organe peut encore être utile, les méthodes conservatrices doivent être employées de préférence.

Qu'on attaque l'organe par sa face postérieure comme OTTO KÜSTNER, MORISANI, SAVA et DURET, qu'on préfère la voie antérieure, comme DOYEN, cela ne nous paraît avoir qu'une importance secondaire.

Nous préférons, pour notre part, la voie antérieure, parce que, l'utérus étant abaissé, le cul-de-sac antérieur, moins profond, est plus facilement accessible et nous paraît offrir plus de commodités à l'opérateur.

La seule raison qui pourrait faire préférer l'ouverture du cul-de-sac postérieur est la possibilité de blesser la vessie. Mais, le plus généralement, dans les cas d'inversion, la vessie est complètement décollée de l'utérus, et, par conséquent, assez éloignée du champ opératoire pour que cette crainte soit écartée. Un peu de prudence dans le décollement, l'exploration digitale de l'infundibulum utérin et la précaution de n'inciser la paroi utérine que sur le doigt introduit dans la cavité suffiront pour supprimer tous les risques de blessure du réservoir urinaire.

Dans certains cas heureux, on pourra se contenter,

comme DOYEN l'a fait, d'inciser seulement le col. C'est à cette incision que nous avons eu, d'abord, l'intention de limiter notre intervention. Mais, si la réduction reste impossible après un débridement limité, il n'y a pas à hésiter et l'incision doit être prolongée jusqu'à ce que l'utérus puisse être retourné.

Il reste à savoir ce que valent au point de vue d'une grossesse et d'un accouchement futurs, les utérus ainsi traités. Il nous paraît que, après une suture bien faite et une réunion par première intention, il n'y a guère de craintes à concevoir à ce sujet.

Torticolis aigu traumatique

par le docteur **René Le Fort**.

Le 20 mai 1899, vers 9 heures du matin, Henri G., âgé de 23 ans, ouvrier dans une filature, glisse sur le sol en manœuvrant une balle de lin d'environ 85 kgs. Il tombe du côté gauche le bras en avant, la tête inclinée du même côté, pendant que la balle de lin pèse sur le côté droit du cou et un peu en arrière, et sur la partie interne et postérieure de l'épaule. Le blessé ressent une douleur assez vive à ce niveau, et quelques minutes plus tard, sa tête s'incline à gauche; peu après, il est incapable de la redresser.

Je l'examine l'après-midi. C'est un homme assez robuste, de bonne santé habituelle; ses antécédents héréditaires ou personnels n'offrent aucune particularité; il n'est ni alcoolique ni syphilitique, et ne présente pas d'autres stigmates d'hystérie qu'un peu de diminution du réflexe pharyngien.

Sa tête est dans une attitude toute particulière de torticolis : elle est fortement inclinée du côté gauche, très rapprochée de l'épaule qui est fortement relevée; elle est en même temps renversée en arrière et un peu propulsée en avant, c'est-à-dire que le menton est porté en haut et en avant, et enfin elle a subi un léger mouvement de rotation qui ramène les deux yeux sur un même plan transversal, bien qu'à un niveau différent. L'épaule droite est abaissée.

L'examen du cou ne permet pas de relever de traces de violences extérieures, mais on est de suite frappé de la saillie formée par une corde musculaire qui, du côté droit, part de la partie postérieure du creux sus-claviculaire et se dirige en dedans et en haut vers les apophyses transverses; cette corde est formée par l'angulaire de l'omoplate. Le sternomastoïdien du même côté est partiellement contracté : son chef sternal est saillant et tendu, le faisceau claviculaire est relâché et difficile à percevoir.

En arrière, le cou paraît très volumineux à droite, et les muscles de la nuque de ce côté forment un bourrelet qui cache la ligne des apophyses épineuses et chevauche sur le côté gauche; la recherche des apophyses est douloureuse, comme du reste toute pression de la nuque à droite. Les mouvements spontanés de la tête sont très difficiles; on les facilite un peu par la compression en masse avec la paume de la main des masses musculaires droites du cou mais le malade ne peut redresser la tête. Les mouvements du membre supérieur gauche sont faciles, l'élévation du bras droit est pénible.

Du côté du dos, on ne constate rien d'anormal que l'inégalité de niveau des deux épaules; le degré d'inclinaison des omoplates et leur distance au rachis ne paraissent pas modifiés. L'examen du pharynx par la vue et le toucher ne révèlent rien d'anormal; la déglutition n'est pas gênée. Rien à noter du côté des membres inférieurs, les réflexes sont conservés. Rien également du côté des pupilles. L'exploration de la sensibilité montre une très légère diminution sur tout le côté droit du cou, de la nuque et du moignon de l'épaule, rien du côté du bras.

Cet examen terminé, je cherche avec douceur à obtenir la réduction de la déviation à l'aide des mains, et j'arrive en moins d'une minute au redressement complet. Peu avant d'arriver à la rectitude de la tête, il y eut un léger temps d'arrêt dans la marche de la réduction, puis, ce point difficile franchi, le reste se fit sans effort. Pendant les manœuvres l'épaule gauche a un peu suivi le mouvement de la tête et est encore remontée, son attitude est facilement corrigée. Dès lors, la tête soutenue, le blessé se trouve mieux, mais il faut la maintenir, car elle a une tendance invincible à retomber lentement.

La réduction obtenue, l'exploration des apophyses épineuses devient facile, les muscles de la nuque du côté droit ont repris leur situation normale. Ces apophyses forment une ligne régulière, sans déviation, leur exploration n'est plus douloureuse. Le côté droit de la nuque reste plus volumineux que l'autre.

La sensibilité à la pression a son maximum à la partie moyenne de la nuque; tout le long de la ligne courbe occipitale droite et un peu au-dessous d'elle, et à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde.

J'applique un appareil ouaté avec des bandes passant en fronde sur la tête et de là dans l'aisselle droite, de façon à maintenir la correction de la déviation.

Le blessé se trouve fort amélioré et retourne chez lui. L'appareil est laissé en place le 21 et le 22; le 22 au soir, le malade enlève son bandage qui le gêne au niveau de l'aisselle.

Le 23, quand il revient me voir, l'attitude vicieuse s'est légèrement reproduite, mais la correction (non spontanée) en est devenue fort facile. La tuméfaction a diminué, elle est maintenant circonscrite, et siège à trois travers de doigt de la ligne courbe occipitale et à deux travers de doigt de la ligne médiane; elle a les dimensions d'une pièce de cinq francs. A ce niveau, la pression est douloureuse et les maximums de sensibilité se retrouvent aux mêmes points que le premier jour après réduction; la douleur au niveau de la ligne courbe occipitale a beaucoup diminué, pas cependant au niveau de l'apophyse mastoïde; on trouve en outre une sensibilité marquée de la partie supérieure du bord spinal de l'omoplate, au dessus de la racine de l'épine.

En étendant fortement la tête pour relâcher le

trapèze et en pinçant le muscle, on se rend compte que c'est le muscle sous-jacent, le splénius, qui a souffert, et peut-être avec lui le grand complexus. Les mouvements sont assez libres ; l'attitude vicieuse se reproduit toujours si on cesse de maintenir la tête. Le blessé ne souffre guère que quand il est couché. Un appareil analogue au premier est réappliqué.

Le 25, les mouvements sont beaucoup plus libres, et l'attitude vicieuse est presque corrigée. La tuméfaction a diminué ; les contractions de la nuque ne la modifient pas. La sensibilité à la pression est aussi fort atténuée ; on la réveille au niveau de la tuméfaction, sur le bord spinal de l'omoplate, dans le haut de la fosse sus-épineuse et dans les points mentionnés antérieurement. Les épaules sont en attitude normale, tous les mouvements sont possibles, l'extension de la tête seule est un peu douloureuse. A partir de ce moment, tout appareil est supprimé et des massages réguliers ont raison en quelques jours des derniers troubles observés.

Voici donc un cas de torticolis traumatique d'un type spécial et fort rare puisque je n'ai pu trouver aucun fait semblable dans la littérature médicale. La nature musculaire de l'affection a été rapidement mise hors de doute par l'évolution même ; au début pourtant, le diagnostic pouvait être hésitant. L'absence de troubles médullaires ou radiculaires ne suffit pas pour éliminer l'hypothèse d'une fracture ou d'une luxation vertébrale ; le fait qu'un blessé vient se présenter lui-même au médecin peu de temps après l'accident a déjà plus de valeur ; d'autres signes du reste permettent le diagnostic. Dans la luxation d'abord, l'attitude est ordinairement caractéristique, flexion avec rotation si la luxation est unilatérale ; et cette attitude est le plus souvent fixe et très prononcée ; la ligne des apophyses épineuses est irrégulière, et parfois on peut percevoir dans le pharynx la saillie de la vertèbre luxée. C'est très bas qu'il faut rechercher cette saillie, l'intervalle entre la 5e et la 6e vertèbre cervicale, où siègent le plus fréquemment les luxations cervicales, se trouve à la limite inférieure que le doigt peut atteindre dans le pharynx.

Si l'attitude est moins caractéristique dans les fractures que dans les luxations, nous trouvons par contre dans la fracture le siège plus précis de la douleur du côté des apophyses épineuses, et parfois, bien que rarement, la crépitation que du reste il ne faut pas rechercher. Les commémoratifs aussi ont leur importance, et dans ce cas particulier, étant données la cause de la chute, la façon dont elle s'est produite et l'absence de shock après l'accident, la fracture paraît bien invraisemblable. La tête et le cou n'ont pas porté sur le sol et la pression d'une balle de lin ne semble pas être suffisante pour produire une fracture cervicale ; celles-ci résultent ordinairement de traumatismes considérables, sauf les fractures des apophyses épineuses par choc direct dont il ne saurait être ici question.

L'entorse vertébrale est un accident rare, mal défini, complexe, composé de lésions musculaires plus qu'articulaires, et souvent confondu dans les descriptions avec les fractures. Comme dans les fractures la douleur siège surtout au niveau des apophyses épineuses et des articulations vertébrales.

Des lésions nerveuses se seraient traduites par des paralysies, portant sur le plexus brachial, sur le spinal, c'est-à-dire par des symptômes tout différents. La légère paresthésie de la nuque relevée dans l'observation a dû être sous la dépendance d'une compression passagère des nerfs cervicaux postérieurs, elle n'a guère d'intérêt.

Reste l'hypothèse des lésions musculaires, la seule admissible.

Quels étaient les muscles atteints et quelle était la nature de la lésion musculaire ? Cette question est plus délicate.

Peu après l'accident nous avons observé un chevauchement des muscles de la nuque, tel que ceux du côté droit débordaient du côté gauche en recouvrant les apophyses épineuses. La réduction de la déviation de la tête a ramené les muscles en position, et ce déplacement, rendu facile par le volume des muscles et leur saillie normale chez le sujet, n'a pas laissé de traces après réduction. C'est au-dessous du trapèze que siégeait la lésion principale, dans le splénius, dans l'angulaire de l'omoplate et peut-être en partie dans les complexus.

En dehors de la tumeur, manifestement développée dans le splénius, l'exploration permettait de découvrir des points particulièrement douloureux, le long de la ligne courbe occipitale et au-dessous d'elle, et au niveau de l'apophyse mastoïde, c'est-à-dire justement au niveau des insertions supérieures du splénius de la tête et des complexus et au niveau du bord spinal de l'omoplate, dans la portion située au-dessus de l'épine, c'est-à-dire au niveau des insertions inférieures de l'angulaire de l'omoplate. En cet endroit, on percevait à la palpation un froissement particulier, donnant l'impression que des fibres musculaires flottantes roulaient profondément entre le doigt et le bord de l'os.

Nous croyons donc pouvoir conclure à des lésions du splénius et de l'angulaire et peut-être des complexus.

S'agit-il de contusion musculaire ou de rupture ? C'est bien au niveau de la région traumatisée que les lésions se sont produites, et pourtant, il semble qu'on soit en droit d'écarter l'hypothèse de contusion musculaire, au moins comme lésion principale. La contusion s'accompagne ordinairement d'un gonflement plus considérable, d'ecchymoses et même souvent de lésions cutanées ; elle est ordinairement produite par une violence limitée et par un corps dur et résistant, et non point par un corps malléable agissant sur de grandes surfaces ; d'autre part, le trapèze était indemne, et c'est au dessous de lui seulement que se sont produites les lésions musculaires. Il est plus vraisemblable d'admettre que la pression n'a agi que comme cause adjuvante et que les lésions doivent être étiquetées ruptures musculaires partielles. Celles-ci s'expliquent aisément. La pression de la balle de lin tendait à abaisser l'épaule droite, et à repousser la tête à gauche en la fléchissant. L'effort instinctif, pour s'opposer à cette violence, devait entraîner la contraction des muscles qui élèvent l'épaule, de ceux qui étendent la tête et de ceux qui l'inclinent du côté droit.

Il faut admettre, comme dans la plupart des ruptures musculaires, un défaut de synergie dont le résultat a été de demander à certains de ces muscles un effort trop violent, et le splénius et l'angulaire ont subi des ruptures partielles peut-être favorisées par la compression directe. On remarquera que l'angulaire de l'omoplate, s'il abaisse le moignon de l'épaule, élève la partie interne de l'omoplate, et que c'est sur elle que s'exerçait la violence, dirigée non sur le moignon de l'épaule, mais principalement à l'union de l'épaule et de la nuque.

A priori, ces lésions musculaires ne paraissent pas concorder avec l'attitude observée de la tête. Le splénius étend la tête, l'incline latéralement et imprime à la face un mouvement de rotation du même côté ; l'angulaire incline également la tête de son côté si l'épaule est fixe ou, plus souvent, élève l'épaule en abaissant son angle externe.

Il n'y a guère de rapport entre l'action de ces muscles et la variété de torticolis décrite, et ce ne sont pas les lésions possibles des complexus qui pourraient éclaircir la question. Ceci me paraît un point intéressant. C'est qu'en effet, dans les ruptures musculaires, le rapport entre l'action ordinaire du muscle lésé et l'attitude anormale observée n'est souvent qu'un rapport indirect. Dans des régions comme celles de la nuque et du cou, où quantité de muscles concourent aux mêmes mouvements, les suppléances sont extrêmement faciles, et la grande règle qui commande l'attitude, est éviter la douleur. Le moyen d'éviter la douleur n'est pas tant de mettre le muscle lésé dans le relâchement que de l'immobiliser, et pour cela le blessé prend instinctivement une position qu'il pourra garder longtemps sans fatigue et sans contraction des muscles malades. Dans le cas que nous venons de rapporter, le blessé n'a pris le torticolis que quelques minutes après l'accident. Il est vraisemblable que pendant ce temps il a cherché l'attitude à la fois plus commode et la moins douloureuse. Après réduction et immobilisation dans un appareil, le blessé a été encore plus soulagé, parce que ses muscles malades étaient replacés en position moyenne et en tension normale et que ses muscles sains pouvaient se relâcher librement : leurs contractures réflexes, nécessaires pour le maintien d'une attitude fixe, n'avaient plus de raison d'être.

S'il n'y a guère de rapport entre le rôle normal des muscles lésés et l'attitude prise par le blessé dans les ruptures totales ou partielles, il est cependant fort probable qu'à une même lésion correspond toujours une même attitude. C'est ce qui paraît ressortir de l'étude de faits analogues, fréquents, je veux parler de ce qu'on appelle le « mouton » des terrassiers. Cette lésion, produite toujours dans le même mouvement, attribuée à des lésions du rhomboïde et de l'angulaire, paraît être toujours de même nature dans les différents cas publiés ; elle entraîne une attitude caractéristique, et Ricochon, dans une lettre insérée dans le *Poitou Médical* de 1888, croyant en donner une première description, n'a fait que reproduire celle donnée 13 ans auparavant par Bourgougnon dans sa thèse inaugurale

Le diagnostic de torticolis traumatique musculaire étant établi, le traitement est simple : la réduction de la déviation, l'immobilisation en bonne position tant que l'attitude anormale a tendance à se reproduire, combinée à quelques massages légers de la région atteinte, ont rapidement raison de cette affection de peu de gravité.

XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du Rapport sur la Contagion et prophylaxie de la tuberculose infantile

par le professeur **A. D'Espine**

Contagion. — 1° La tuberculose infantile est une affection parasitaire, *acquise par contagion*, chez l'enfant comme chez l'adulte. On doit faire abstraction dans la pratique des cas exceptionnels de tuberculose congénitale, dus à la transmission héréditaire du bacille de Koch par effraction placentaire.

2° La source de la contagion doit être cherchée, dans l'immense majorité des cas, dans les *crachats* humides ou desséchés de tuberculeux *adultes*, les enfants crachant exceptionnellement et pouvant être considérés comme peu dangereux au point de vue de la dissémination du germe. La tuberculose infantile s'acquiert presque toujours par *inhalation*.

3° Une seconde source de contagion tuberculeuse est le *lait cru* de vaches, beaucoup plus rarement de chèvres tuberculeuses, principalement de celles atteintes de tuberculose mammaire. Cette infection par *ingestion* joue un rôle plus important chez l'enfant en bas âge que dans la seconde enfance, et surtout que chez l'adulte ; on en a néanmoins exagéré la fréquence, puisque chez l'enfant les ganglions bronchiques sont habituellement les premiers organes atteints.

4° Dans la première enfance (de 0 à 2 ans), les baisers de mères ou de bonnes phtisiques paraissent être le mode de transmission habituel. Cette contagion directe peut même dans certains cas déterminer, par aspiration bronchique de la salive bacillifère, des lésions destructives étendues des poumons, ce qui prouve que la rareté de la tuberculose dans la première année est plutôt due à la rareté de la contagion qu'à une immunité de l'enfant à cet âge.

5° Chez le petit enfant (de 2 à 5 ou 6 ans), la tuberculose augmente beaucoup de fréquence et a comme point de départ ordinaire les ganglions bronchiques, d'où elle peut gagner le poumon par contiguïté (tuberculose du hile du poumon), ou le reste de l'économie par voie embolique (les méninges et la moelle osseuse en particulier). L'infection peut aussi rester localisée aux ganglions bronchiques, et ne se manifester que plus tard, sous l'influence de maladies tuberculisantes, telles que la grippe, la rougeole ou la coqueluche.

La grande fréquence de l'infection tuberculeuse de 2 à 5 ans s'explique par le penchant qu'ont les enfants de cet âge de tout porter à la bouche, et en particulier leurs doigts qui peuvent être souillées par des poussières bacillifères. Ils vivent à terre, et sont exposés ainsi plus qu'à un autre âge de la contagion tuberculeuse.

6° A partir de 6 ans jusqu'à la puberté, la tuberculose diminue de fréquence, et ses manifestations à cet âge remontent souvent à une contagion antérieure.

Le danger de la contagion à *l'école* est réel, mais on l'a exagéré, à notre avis.

Il existe néanmoins, comme le prouvent certains exemples, quand il y agglomération d'enfants dans des locaux exigus, et insuffisamment aérés sous la direction de maîtres atteints de tuberculose ouverte.

7° La tuberculisation par *inoculation cutanée*, toujours exceptionnelle, l'est moins chez l'enfant que chez l'adulte, comme le prouve le début habituel du *lupus* avant quinze ans.

La voie de pénétration du bacille de Koch n'est pas encore complètement élucidée pour la *tuberculose chirurgicale*, osseuse ou ganglionnaire. Si, dans la majorité des cas, elle est secondaire et consécutive à une tuberculisation des ganglions bronchiques, on ne peut nier que dans d'autres cas l'adénite tuberculeuse ne soit, comme la pléiade ganglionnaire dans la syphilis, le témoin de l'inoculation bacillaire, qui peut se perdre à travers la muqueuse bucco-pharyngée (amygdale, dent cariée), ou à travers la peau dénudée, etc. (eczéma, gerçure, plaie, etc.).

8° La prédisposition héréditaire joue un rôle incontestable dans la production de la tuberculose chez l'enfant, et favorise dans une large mesure la contagion familiale. C'est donc avant tout aux enfants de tuberculeux que doivent s'appliquer les mesures prophylactiques.

Prophylaxie. — Les mesures de prophylaxie contre la tuberculose infantile doivent avoir pour but : 1° d'empêcher la contagion ; 2° de diminuer la réceptivité de l'organisme infantile en fortifiant sa résistance vitale.

A) Empêcher la contagion. — 1° Ne donner aux enfants que du lait bouilli ou le lait cru de vaches

saines, reconnues comme telles, par *l'épreuve de la tuberculine*.

2 Exiger que les nourrices et les bonnes chargées d'élever des enfants soient exemptes de tuberculose.

3° Si la mère est phtisique, il faut élever l'enfant au sein d'une nourrice saine et éviter, autant que possible, tout contact dangereux avec la mère.

4° Dans un milieu familial tuberculeux, il faut obtenir l'observation des règles prophylactiques générales, recommandées par l'Académie de médecine, et en particulier l'usage de crachoirs spéciaux pour les phtisiques, la proscription absolue du balayage des chambres, qui doit être remplacé par le lavage à la serpillière mouillée avec un liquide désinfectant.

5° A l'école, il faut obtenir des pouvoirs publics l'interdiction des fonctions d'instituteur ou d'institutrice à toute personne atteinte de phtisie et l'éloignement des enfants tuberculeux.

B) Diminuer la réceptivité de l'enfant pour la tuberculose. — 1° Créer des *asiles ruraux* pour les enfants pauvres des villes, de constitution chétive ou convalescents de maladies aiguës.

2° Développer l'œuvre des *colonies de vacances* pour les écoliers.

3° Combattre la prédisposition à la tuberculose ou les premières manifestations par l'envoi des enfants dans des *Sanatoria* de montagne (*cure d'altitude*), ou au bord de la mer (*cure maritime*).

Résumé du Rapport sur le Traitement des plaies infectées

par Félix **Lejars** (de Paris).

C'est là surtout une question pratique. Nulle doctrine ne vaut que par ses applications. Dans ces dernières années, le traitement des plaies infectées a servi de thème à de nombreuses recherches expérimentales et bactériologiques : elles ont fourni des données précieuses, souvent inattendues, parfois contradictoires ; elles exigent toutes le contrôle et la contre-épreuve de l'observation humaine. C'est à cette double source d'information scientifique que nous devons demander une théorie qui se rapproche de plus en plus de la vérité, une pratique de plus en plus efficace et simple.

De fait, la solution est simple ou le deviendra, mais le problème est complexe, et, pour l'étudier utilement, il convient d'établir certaines catégories.

1° *Plaies infectées récentes, dont l'infection ne s'est pas traduite encore par des réactions locales ou générales.* On dirait mieux peut-être : plaies récentes, supposées infectées. Mais cette présomption doit s'étendre, en pratique, à toute plaie accidentelle, et les examens bactériologiques en démontrent le bien fondé ; nous savons que les plaies opératoires elles-mêmes sont loin d'être amicrobiennes. D'autre part, nous n'avons aucun moyen de reconnaître — sur une plaie récente — de quels microbes elle est souillée, quelle est leur virulence et quelle sera leur action ultérieure, et, comme nous en avons acquis la preuve, l'aspect, l'habitus extérieur des foyers traumatiques ne sont pas, sous ce rapport, des éléments suffisants d'appréciation.

Donc, *toute plaie accidentelle doit être traitée comme une plaie infectée*. Quel sera ce traitement ?

Il est avéré que l'absorption virulente, par la surface traumatisée, est presque immédiate : cette rapidité d'absorption varie pourtant avec les divers microbes, et, de plus, la dose s'accroît avec la durée de l'imprégnation. Une première conclusion en dérive : la détersion de la plaie devra être *aussi précoce que possible*, pour être efficace, mais, à quelque date que ce soit, elle sera toujours utile.

Or l'expérience a établi : 1° que nous sommes impuissants à détruire tous les germes dans le foyer traumatique ; 2° que *la défense naturelle des tissus vivants* prend une part prépondérante à la lutte contre l'infection.

L'œuvre initiale sera donc, avant tout, une œuvre de *détersion mécanique*, minutieuse et complète, facilitée, s'il le faut, par les débridements et les excisions nécessaires, pratiquée avec le souci d'éviter les infections associées ou secondaires et de respecter l'intégrité des cellules vivantes, que nous devons *aider dans leurs réactions de défense*, rien de plus.

L'eau stérile, le sérum artificiel, les compresses stérilisées, bouillies, répondent entièrement à ces desiderata : ce n'est pas la nature du liquide employé, c'est son mode d'emploi, qui commande les résultats pratiques. Nocives à un titre élevé, les solutions antiseptiques, suffisamment diluées pour ne pas altérer les cellules vivantes, n'auront, en réalité, d'autre effet utile que cette détersion mécanique.

Des conditions *physiques* de même ordre devront

être remplies par le pansement : il sera aseptique, absorbant, protecteur, et, ajouterons-nous, immobilisateur, dans la mesure applicable aux diverses régions, et pendant une période variable.

2° *Plaies infectées dont l'infection se traduit par des réactions, locales et générales, plus ou moins accusées.*

Ici encore, deux éventualités sont à distinguer : *a*. Les signes cliniques d'infection sont de date récente, *la plaie ne suppure pas*. — *b*. La plaie est *en pleine suppuration*.

Dans l'un ou l'autre cas, la *sérothérapie spécifique* serait tout indiquée : c'est la méthode scientifique, naturelle, celle de l'avenir. Malheureusement elle n'a pas dépassé encore certaines bornes assez étroites. Nous ne possédons que le sérum antitétanique et le sérum antistreptococcique : le premier ne fournit encore de résultats qu'à titre préventif ; le second a été appliqué surtout dans l'infection puerpérale et l'érysipèle. Contre les autres infections microbiennes des plaies, nous n'avons pas de sérum jusqu'ici efficace, et nous sommes désarmés devant les infections associées. C'est donc là tout un côté de la question, et le plus important, qui reste à l'étude.

Le traitement du foyer local n'en est que plus nécessaire ; et, comme dans la première hypothèse, nous devons nous proposer un double but : déterger la surface, toute la surface de la plaie, c'est le rôle de l'intervention première ; favoriser l'exosmose, le drainage continu, sur toute cette surface, et prévenir toute stagnation, toute infection surajoutée, c'est le rôle du pansement.

La besogne de détersion est, là encore, *surtout mécanique*, et l'action du pansement doit être *surtout physique*. Si ces conditions sont bien et dûment remplies (et elles ne sauraient l'être que par une technique très précise et très sévère), nous aurons, dans la mesure qui nous est actuellement possible, soustrait les cellules vivantes à l'agression des agents septiques, sans nuire à leurs réactions de défense, et tels sont les deux termes fondamentaux du problème.

Devant une plaie en pleine suppuration, la méthode rationnelle procède des mêmes principes : la mise en plein air, la mise au net du foyer suppurant, le *drainage total et continu*, assurés d'abord par les incisions ou les débridements nécessaires, et ensuite par les propriétés physiques, absorbantes, au sens complet du mot, des pansements.

Enfin, dans certaines formes putrides et gangreneuses, dans certaines plaies cavitaires, l'*eau oxygénée*, qui paraît agir puissamment sur les anaérobies devient une précieuse ressource, et la preuve est faite de son efficacité.

3° *Plaies infectées, avec infection générale grave. Septicémies traumatiques.* — Cette fois encore, c'est à la sérothérapie spécifique qu'il faudra demander les éléments d'une thérapeutique rationnelle, et dont l'action est, d'ailleurs, beaucoup moins certaine qu'aux premiers stades de l'infection. Or, nous ne pouvons guère, à l'heure actuelle, enregistrer que des essais, et le sérum antistreptococcique lui-même n'a été utilisé que rarement dans les septicémies traumatiques : à haute dose, il mérite d'être plus largement expérimenté.

En attendant les solutions pratiques de ce grand problème, nous ne devons pas renoncer au traitement local, à la détersion large, totale, du foyer, réalisée par tous les procédés rationnels, et dont l'efficacité, pour être assez restreinte dans ces infections généralisées, l'est pourtant d'autant moins que l'intervention est plus précoce et plus complète. D'autre part, nous devrons aider, par tous les moyens possibles, la défense naturelle et la résistance vitale de l'organisme, et, sous ce rapport, la *sérothérapie artificielle*, qui restaure la pression sanguine et active la diurèse, devient, employée à haute dose, une méthode bienfaisante.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'un des plus singuliers effets de la guerre du Transvaal a été, paraît-il, de multiplier en Angleterre les maladies nerveuses. Les préoccupations financières s'ajoutant aux angoisses patriotiques, beaucoup de bourgeois de la Cité en sont venus à un degré d'excitation qui devenait un danger public et exigeait des soins. Il s'est donc fondé à Londres, au cours de cette année, un assez grand nombre d'instituts spécialement destinés à la cure de la névropathie, et voici le régime auquel on astreint les neurasthéniques dans ces établissements. D'abord, on leur interdit le chloral, la morphine, tous les anesthésiques dangereux, et jusqu'à l'eau de Cologne, à laquelle beaucoup de névrosés anglais demandaient une sorte d'ivresse et l'oubli de leurs maux. On les traite par le « repos » complet, absolu, implacable. Défense de remuer, de parler, d'écrire, de lire et de penser. A ceux qui s'effrayeraient de la rigueur de ce régime, nous répondrons que les malades, en apparence inoccupés, n'ont pas, une seule minute, l'occasion de s'ennuyer. S'ils doivent, trois semaines durant, rester au lit du matin jusqu'au soir et du soir au matin, leur journée n'en est pas moins remplie. A six heures, en les réveillant, l'infirmier leur apporte

une tasse de bouillon ; à sept heures, du café ; à huit, de la crème, un œuf, du pain, du beurre, du chocolat ; à onze, un bol de lait ; à deux heures, une demi-livre de beefsteack, des pommes de terre, des choux-fleurs, une omelette et une grande tasse de lait ; à quatre, du pain, du beurre et encore du lait ; à six, du bouillon gras ; à huit de la viande rôtie, trois côtelettes de mouton, du ragoût, de la compote, de la crème et du lait ; enfin un peu avant minuit, une dernière tasse de consommé. Dans l'intervalle de ces neuf repas, les malades sont, à diverses reprises, livrés aux soins du masseur et du docteur électricien. On comprend que, le soir venu, les patients demandent grâce et aspirent au sommeil. On les laisse ; de minuit à six heures, ils reprennent des forces pour le lendemain. Après trois semaines de ce «repos», les malades éprouvent une fatigue immense, mais salutaire, et c'est alors qu'on leur permet de se lever. On les installe dans un jardin en plein air, de l'aube jusqu'à la nuit, quelles que soient la saison et la température ; ils sont vêtus, chaussés et coiffés de caoutchouc ; on leur apporte, l'orsqu'il pleut ou qu'il gèle, des couvertures de laine et des fourrures. Pendant cette période, qui dure encore deux semaines, les patients doivent s'abstenir de remuer, de lire, de parler et de penser ; mais l'idée ne leur en vient même pas ; ils sont tout à la joie de se sentir renaître, de ne plus faire neuf repas, d'échapper au masseur et à l'électricien, ils goûtent enfin le « repos », un vrai repos, cette fois, et qu'ils ont bien gagné. Cette cure a le double inconvénient de prendre beaucoup de temps et de coûter fort cher ; mais elle donne, si l'on en croit les médecins anglais, des résultats admirables chez les neurasthéniques qui ont bon estomac.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs la nomination au grade de **chevalier de la Légion d'honneur**, de M. le professeur de Lapersonne.

La rédaction de l'*Echo médical du Nord* est particulièrement heureuse de féliciter cordialement, pour cette distinction très méritée, son excellent collaborateur qui a su acquérir dans ses doubles fonctions de professeur et de doyen de très nombreuses et très vives sympathies.

Nous relevons également, dans la liste des nouveaux *chevaliers de la Légion d'honneur*, le nom de notre confrère, M. le docteur Hustin, de Fresnes-sur-Escaut. Nous le prions d'agréer nos bien sincères félicitations.

Notre collaborateur, M. le docteur Fage, d'Amiens est nommé *officier d'Académie*. Nous lui adressons nos bien sincères félicitations, ainsi qu'à MM. Peugniez, nommé *officier de l'Instruction publique* et Fournier, *officier d'Académie*.

— M. le docteur Ingelrans est nommé chef de clinique médicale.

— Par décret en date du 23 juillet 1900, la 1re partie du 5me examen de doctorat en médecine est comprise dans les examens à matières multiples.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par décret, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, le legs d'une somme de 66.000 francs, fait par M. Jean-Baptiste Raynal, à la charge d'employer les deux tiers de la somme léguée à la construction de la salle des séances de l'Académie et un tiers à fonder un prix biennal pour le meilleur travail sur une question d'hygiène publique ou de police sanitaire vétérinaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Sont nommés :

Chefs de clinique médicale. — Charité-Beaujon : M. Labbé ; chef adjoint, M. Sainton ; Pitié : M. Mangin-Bocquet ; chef adjoint, M. Fauquez ; Hôtel-Dieu : M. Apert ; chef adjoint, M. Gandy ; Saint-Antoine : M. Hulot ; chef adjoint, M. Rosenthal.

Chefs de clinique chirurgicale. — Charité : M. Wiart ; Pitié : M. Gosset ; chef adjoint, M. Reymond ; Hôtel-Dieu : M. Fredet.

Chef de clinique obstétricale. — Clinique Tarnier : M. Macé ; chef adjoint, M. Perret.

Chef de clinique des maladies des enfants. — Hôpital des Enfants-Malades : M. Hallé ; chef adjoint, M. Guillemot.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Vautrin, agrégé libre, est chargé, pour l'année scolaire 1900-1901, d'un cours complémentaire de pathologie externe.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Gagnon, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. le docteur Bide, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, pour l'année scolaire 1900-1901, d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Bordier, professeur d'histoire naturelle, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine de Rennes. — Sont chargés de cours, pour l'année scolaire 1900-1901 : M. le professeur Perrin de la Touche (*médecine légale*) ; M. le docteur Véron, suppléant (*accouchements*).

M. le professeur Castex est chargé, pour l'année scolaire 1900-1901, des fonctions de chef des travaux de physique.

Un concours s'ouvrira, le 8 juillet 1901, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Rennes.

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur André est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Distinctions honorifiques

Sont promus :

Officiers de la Légion d'Honneur : M. le docteur Puyjoli de Meyjounissas, conseiller général de la Dordogne ; MM. Schneider, médecin militaire ; Lafage et Serez, médecins des colonies.

Chevaliers de la Légion d'Honneur : MM. les docteurs Maygrier, Reygnier, Hartmann, Marie, Merklen, Toupet, Desnos, Jouin (de Paris) ; Blanc, conseiller général des Hautes-Alpes ; Traponard, conseiller général du Cantal ; Dantagnan, maire de Saint-André-de-Cubzac (Gironde) ; Peton, maire de Saumur ; Laurens, conseiller général des Basses-Pyrénées ; de la Garde (de Poitiers) ; Pierret (de Lyon) ; Signard, président du Conseil général de la Haute-Saône ; Veyrat (de Chambéry) ; Petit (d'Ormesson) ; Cheize, maire de Saint-Germain-les-Belles ; Peyrusson, maire de Veyrac ; Eury, conseiller général des Vosges ; Le Page, médecin-major du bataillon des sapeurs pompiers d'Orléans ; Cassagnou, Gouzien, Métin, médecins des colonies ; A. Schwob (de Genève) ; Vacqueret, (de Varsovie).

Officiers de l'Instruction publique : MM. Bellamy (de Rennes) ; Blaise (d'Alger) ; P. Bonnefous (de Rodez) ; Dévé (de Beauvais) ; Guillemet (de Nantes) ; Jagot (d'Angers) ; Meyer (de Nancy) ; Mouchet (de Sens) ; Moussous (de Bordeaux) ; Pozzi (de Reims) ; G. Raymondaud (de Limoges) ; Rodet (de Montpellier) ; Rondot (de Bordeaux) ; Sarda (de Montpellier) ; Weill (de Lyon).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Biais (de Limoges) ; Braquehaye (de Bordeaux) ; Brossard (de Poitiers) ; P. Dodero (de Grenoble) ; M.-C. Etienne (de Nancy) ; Genoud (de Lyon) ; Gibert (de Montpellier) ; Guibert (de Saint-Brieuc) ; Maurin (de Clermont-Ferrand) ; U. Monnier (de Nantes) ; Pachon (de Bordeaux) ; Pérochaud (de Nantes) ; Poujol (de Montpellier) ; Siraud de Lyon) ; Verdier (d'Auch).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

30me semaine, du 22 au 28 Juillet 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	8
3 mois à un an	17	13
1 an à 2 ans	4	4
2 à 5 ans	2	3
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	4	7
40 à 60 ans	11	7
60 à 80 ans	6	11
80 ans et au-dessus	2	3
Total	59	58

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	6	4
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	5	1	1	2	»	»	»	»	»	5	15	19
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	13	»	»	1	2	»	»	»	»	5	22	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	8	»	»	3	1	»	»	»	»	4	20	32
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	7	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	7	6
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	3	»	»	3	»	1	»	»	»	4	13	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	13
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	11	»	»	3	»	»	»	»	»	3	18	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	6
Total	»	1	»	»	1	»	»	6	9	3	44	1	1	20	3	1	»	»	»	26	117	129

N° 189. Quatrième Année. N° 34 Le Numéro : **10** centimes. 26 Août 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Lésions valvulaires consécutives aux contusions des parois thoraciques (1)

par M. le Docteur **Castiaux**
Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Lille

et M. le Docteur **Laugier**
Médecin à la Maison de Nanterre, Médecin expert près les Tribunaux, Membre de la Société de Médecine légale de France.

Considérations préliminaires. — Le chapitre de cardiologie médico-légale, dont la rédaction nous a été confiée, se trouve très nettement délimité par le seul énoncé de son titre. D'une part, les ruptures traumatiques *complètes* du cœur n'ont pas à nous occuper, mais seulement les lésions valvulaires ; et, de l'autre, parmi les traumatismes susceptibles de produire les lésions en question, nous n'avons à envisager que les contusions thoraciques, qu'elles soient simples ou bien accompagnées de fracture sternale ou costale, mais à condition, toutefois, que, dans ce dernier cas, le muscle cardiaque soit resté intact.

Nous laisserons donc de côté les lésions valvulaires, résultant d'un effort, bien que, anatomiquement parlant, elles soient assimilables aux ruptures ou déchirures par contusion. Mais, c'est qu'il ne faut pas perdre de vue que nous devons nous tenir sur le terrain médico-légal, et que, si l'effort peut être considéré comme un traumatisme, c'est un traumatisme *intrinsèque* dont la démonstration matérielle est, le plus souvent, impossible à faire, et qui, pour cette raison, ne saurait être mis sur le même pied que les traumatismes *externes*, accidentels ou criminels, susceptibles de provoquer une action judiciaire.

Cette question des lésions valvulaires déterminées par une contusion thoracique est d'origine récente, et nous ne serions nullement surpris si elle trouvait encore, dans le corps médical, plus d'un sceptique s'arrêtant à cette objection que telle lésion valvulaire, présumée traumatique, devait exister antérieurement ou bien, que, si elle n'est réellement apparue qu'après le traumatisme, ce n'a été que l'effet d'un processus pathologique sans relation aucune avec la blessure. Cette objection, ainsi qu'on va le voir, ne résiste pas à l'étude impartiale des faits cliniques et anatomo-pathologiques, ainsi que des recherches expérimentales que nous devons aux travaux de ces quarante dernières années, et il faut admettre dorénavant

(1) Rapport présenté au XIIIe Congrès international de médecine.

qu'une contusion thoracique peut créer, de toutes pièces, une affection véritable.

Historique. — *A*. C'est à E. Barié que revient l'honneur de la première étude d'ensemble consacrée aux ruptures valvulaires, et, nous pouvons ajouter, de la plus complète qui ait été publiée jusqu'à ce jour. Avant cet important travail, il n'existait, épars dans la science, qu'un certain nombre de faits ou d'observations dus, à l'étranger, à Henderson, Prescott-Hewitt, Todd, Peacock, Hayden, Swiney, Foster, Burney Yeo, Weiss, Lindmann — en France, à Legendre, Aran, Alvarenga, Peter, Leroy, et surtout Duroziez, qui avait pu réunir vingt cas de déchirure des sigmoïdes aortiques résultant d'un choc extérieur.

Dans sa thèse d'agrégation, Charles Nélaton a consacré tout un chapitre aux affections cardiaques consécutives aux ruptures valvulaires produites par le traumatisme précordial, et, d'une façon plus générale, par le traumatisme thoracique, et il a ajouté quatre observations nouvelles et inédites, dont une, très intéressante, de Millard, aux faits déjà connus.

Postérieurement à la thèse de Nélaton, nous devons citer un certain nombre d'observations dues à Hermann Biggs, Tretzel, Hecktoën, Haidenhain, Bernstein, la thèse de Gilbin, des leçons cliniques de Barié, de Jaccoud et de Potain, et les excellentes thèses de J. Dreyfus et de Ch. Dufour. La première contient une très belle observation de rupture d'une sigmoïde pulmonaire recueillie par N. Weiss ; la seconde, publiée sous l'inspiration de notre collègue Descouts, est exclusivement consacrée à la rupture des sigmoïdes aortiques dont elle contient vingt-quatre observations.

Enfin, l'un de nous doit à l'obligeance de Carrière, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille, la communication d'une observation récente et inédite, très complète, de lésions valvulaires aortiques consécutives à un écrasement de la région précordiale par une charge de planches. Le blessé, après avoir été, pendant les quinze premiers jours, entre la vie et la mort, a fini par prendre le dessus et présentait, le 15 janvier 1899, quatre mois et demi après l'accident, avec tous les signes de l'insuffisance aortique la plus nettement, on pourrait même dire la plus violemment, caractérisée (oppression et douleur rétrosternales, dyspnée à paroxysmes nocturnes, pouls plein, bondissant, à brusque retrait diastolique surtout accentué dans l'élévation du bras, double souffle crural), un souffle olodiastolique en jet de vapeur, musical et légèrement piaulant.

B. Notre historique serait incomplet si, à côté des faits cliniques, nous n'indiquions pas les recherches expérimentales qui ont servi à les éclairer et à en faciliter l'interprétation. Aux expériences de Chauveau et Marey sur la rupture des sigmoïdes aortiques chez le cheval ont succédé celles de Rosenbach, de François-Franck et de Pinet sur la déchirure directe des sigmoïdes aortiques du chien au moyen d'un uréthrotome à lame cachée, ou d'une sonde ; mais celles qui touchent plus particulièrement à notre sujet, parce qu'elles ont réalisé, dans la mesure du possible, les conditions du traumatisme thoracique *accidentel*, sont celles de Barié et de Dufour, les premières, exécutées sur le cadavre, les secondes, sur des chiens sacrifiés à cet effet ; elles ont été longuement décrites par leurs auteurs, dans les deux mémoires déjà cités, et nous en reparlerons plus loin.

Mécanisme. Etiologie. — *A*. Quand nous avons spécifié, au début de ce rapport, que nous ne devions avoir en vue que les lésions valvulaires consécutives aux contusions ayant laissé intact le muscle cardiaque, nous avons, par là-même, sous-entendu que les contusions n'avaient pas pu atteindre les valvules par une vulnération directe, et ceci nous conduit immédiatement à nous demander en vertu de quel mécanisme des organes aussi profondément situés peuvent être mis en cause par un traumatisme extérieur. La réponse est facile. Le choc imprimé à la cage thoracique, dont on connaît assez la flexibilité, se transmet, par l'intermédiaire de la paroi, à un appareil musculaire creux, que parcourt incessamment un liquide poussé par des contractions rythmiques, et qui est pourvu de valvules destinées à empêcher le reflux de ce liquide dans la cavité dont il vient d'être chassé. au moment où le relâchement (diastole) succède à la contraction (systole).

Il suit de là que c'est, en réalité, par le sang intracardiaque qu'agit la pression extérieure due au traumatisme, et ce dernier, en vertu de la loi physique de l'incompressibilité des liquides, force, en quelque sorte, le passage, en déchirant ou rompant, plus ou moins complètement, une ou plusieurs valvules. Maintenant, est-il possible de préciser davantage, et de chercher à déterminer, en s'appuyant sur la physiologie du cœur, lesquelles de ces valvules, intracardiaques ou cardio-vasculaires, doivent être lésées

suivant le moment de la circulation où agit le traumatisme ? Voici ce que répondent POTAIN et BARIÉ, et l'on ne peut guère, ce nous semble, que se ranger à leur opinion. Si le traumatisme a lieu pendant la diastole — ou bien l'augmentation de la pression supportée par les sigmoïdes aortiques triomphe de la résistance de ces dernières qui sont déchirées — ou bien, les sigmoïdes supportent cet excès de pression, et le sang, refluant par la mitrale, en arrache les tendons. Si le choc se produit, au contraire, au moment de la systole ventriculaire, le traumatisme vient exagérer la pression que subit la mitrale, du fait de la contraction, au point de rompre un ou plusieurs de ses cordages.

Ce que nous venons de dire de l'action mécanique du sang comme cause déterminante des déchirures valvulaires a été clairement démontré par les expériences de BARIÉ et de DUFOUR, auxquelles nous faisions allusion plus haut.

BARIÉ, après avoir effectué la réplétion du système artériel d'un cadavre au moyen d'une injection d'eau dans la carotide interne et amené ainsi la distension de l'aorte dont les sigmoïdes abaissées ferment l'orifice auriculo-aortique, a frappé, avec un maillet du poids de 75 kil., une planchette fixée sur la région sternale. Quatre fois sur sept, il a réussi à déchirer, de la sorte, une valvule sigmoïde, et, le plus souvent, celle de la cloison. Quant à DUFOUR, il a contusionné, également à coups de maillet, la région sternale de chiens immobilisés sur le dos, et dans chacune de ses quatre expériences, il a obtenu une ou plusieurs ruptures valvulaires aortiques.

Ces faits de pathologie expérimentale, indépendamment de leur valeur probante au point de vue du mécanisme des ruptures valvulaires, présentent ce grand intérêt qu'ils démontrent la possibilité de ses lésions sur un cœur sain.

Dans tout ce qui précède, nous n'avons eu en vue que les lésions valvulaires *immédiates* ou *d'emblée* ; mais il nous paraît bien difficile de ne pas admettre qu'il puisse s'établir, secondairement, des lésions valvulaires (insuffisance ou rétrécissement), et cela, par le fait d'une endocardite résultant du traumatisme. Nous savons bien que tous les auteurs ne se rangent pas à cette opinion : c'est ainsi que LAVERAN et TEISSIER considèrent les faits d'endocardite aiguë, d'origine franchement traumatique, « comme n'étant pas encore hors de doute », mais tel n'est pas l'avis du professeur JACCOUD, qui a consacré une de ses cliniques à un fait d'endocardite traumatique par coup de brancard, ayant débuté par l'orifice mitral et ayant ensuite gagné l'aorte. De son côté, HEIDENHAIN a observé un cas de violente contusion thoracique par la manivelle d'un treuil, dans lequel il constata, deux jours après l'accident, de l'insuffisance aortique, accompagnée d'une insuffisance et d'un rétrécissement très léger de la mitrale, avec forte hypertrophie du ventricule gauche : et il conclut, dans son rapport, que l'affection cardiaque était la conséquence directe du traumatisme. Nous sommes d'autant plus portés à adopter cette manière de voir, que l'un de nous, dans une expertise récente, a eu occasion de constater une insuffisance mitrale apparue un mois à peine après un coup de brancard reçu dans la région précordiale. De même, CH. NÉLATON, en commentant l'intéressante observation que lui avait communiquée MILLARD (insuffisance mitrale type, consécutive à la chute d'un sac de ciment sur la région précordiale), a pensé que cette lésion pouvait être la conséquence d'une endocardite traumatique.

B. Les différents traumatismes relevés dans les observations du mémoire de BARIÉ et des thèses de NÉLATON, DREYFUS et DUFOUR, réalisent toutes les conditions de choc ou de pression thoracique requises pour amener l'exagération de pression sanguine intracardiaque nécessaire à la production de ruptures valvulaires.

Sur les vingt-quatre malades aortiques de la thèse de DUFOUR, quatorze étaient tombés d'une hauteur plus ou moins grande, avec choc de la poitrine contre le sol, une rampe ou des marches d'escalier, un arbre, etc. ; dans huit autres cas, comme dans celui de CARRIÈRE, il y avait eu contusion résultant d'un coup, ou du choc d'un corps pesant (coup de brancard, de timon, coup de pied de cheval, coup de tête, choc d'une bille de bois, etc.) ; dans les deux derniers cas, enfin, il s'agissait d'un traumatisme, en quelque sorte bilatéral (tamponnement, compression entre deux banquettes de wagon).

Pour les lésions mitrales, les trois observations de BARIÉ sont trois exemples, l'un, de pression violente, l'autre de chute, le troisième de coup. Quant aux deux faits de POTAIN et de VIBERT, rapportés par DREYFUS, ce sont deux cas de chute.

Dans la seule observation de rupture tricuspidienne

connue, il y avait un coup violent dans la région précordiale (Todd).

Dans l'observation de rétrécissement pulmonaire reproduite par Nélaton, le malade avait reçu un coup de pied de cheval, et dans le fait jusqu'à présent unique, de rupture sigmoïdienne pulmonaire dû à N. Weis, il y avait eu chute sur la région précordiale. Enfin, on a vu que l'endocardite traumatique, suivie de lésions aortiques ou mitrales, avait succédé dans les quatre cas que nous avons cités à un choc direct.

Anatomie pathologique. — Quand on étudie les observations rapportées par Barié, Ch. Nélaton, Dreyfus et Dufour, on voit que les lésions aortiques sont beaucoup plus fréquentes que les mitrales (ce qu'explique suffisamment la moindre résistance des voiles sigmoïdiens), et que, dans la mitrale, ce sont les cordages, ou les colonnes charnues, qui se rompent, et jamais la valvule elle-même. Quant aux lésions tricuspidiennes et pulmonaires, elles sont absolument rares. C'est dire que les lésions vasculaires traumatiques du cœur gauche sont la règle, et celles du cœur droit, l'exception. Au reste voici exactement les chiffres respectifs de ces différentes lésions, tels que nous les avons relevés, dans les travaux précités. Sur les trente-six cas actuellement connus, vingt-cinq fois il y avait lésion valvulaire aortique, huit fois, lésion mitrale, deux fois, lésion sigmoïdienne pulmonaire et une fois, lésion tricuspidienne. Les autopsies, bien qu'elles aient été relativement peu fréquentes, ont donné des résultats intéressants et en rapport, au moins pour ce qui concerne les lésions aortiques, avec ceux des expériences de Barié et de Dufour. Sur les six examens *post mortem* relatés par ces deux auteurs, il y avait eu quatre fois rupture d'une seule sigmoïde, deux fois rupture de deux, et les lésions consistaient, tantôt en une échancrure du bord libre, tantôt en une déchirure transversale suivant la base ou le long du bord libre, tantôt enfin, en une déchirure verticale. Rappelons, à ce propos, que, dans ses quatre expériences, Dufour a obtenu, sur un de ses chiens, la rupture des trois valvules, sur deux autres, celle de deux, et sur le quatrième, celle d'une seule; deux fois, il a observé une désinsertion valvulaire sans rupture, une fois, la rupture sans désinsertion et une fois, la rupture d'une valvule, et la désinsertion d'une autre.

Dans les deux autopsies de lésions mitrales, citées, l'une, par Barié, l'autre par Dufour, il y avait, dans la première, rupture des quatre tendons de la valvule, et dans la seconde, forte éraillure du pilier antérieur de cette même valvule.

Le seul examen anatomique de lésions sigmoïdiennes pulmonaires qui soit encore connu et qui est dû, comme nous l'avons déjà dit, à Weiss, a montré une déchirure transversale de la sigmoïde droite.

Enfin, dans l'unique observation de lésion tricuspidienne que nous possédions, il y avait rupture de tous les tendons fibreux de la valvule (Todd).

Nous nous sommes bornés dans les lignes qui précèdent, à la seule indication des déchirures ou ruptures valvulaires, mais il convient d'ajouter que, le plus souvent, ces lésions traumatiques qu'on rencontre dans les affections organiques du cœur, c'est-à-dire, hypertrophie, athérôme, dilatation aortique ou pulmonaire, épaississement et végétations valvulaires, avec toutes leurs conséquences pulmonaires, hépatiques, rénales, etc.

Les limites qui nous sont imposées nous empêchent de nous étendre davantage sur ces derniers détails anatomopathologiques, qui n'ont d'ailleurs rien de spécial à notre sujet.

Nous nous contenterons de faire remarquer que, si, dans quelques cas, les lésions organiques qui accompagnent une déchirure valvulaire, ont pu précéder ce traumatisme et en faciliter l'action, dans d'autres, au contraire, ils doivent être considérés comme secondaires. C'est ainsi que Potain est d'avis que les lésions mitrales observées en même temps qu'une déchirure des sigmoïdes aortiques sont dues à une endocardite consécutive à cette lésion traumatique, et les expériences de Rosenbach confirment cette manière de voir.

Symptômes et Diagnostic. — Les déchirures et ruptures valvulaires, par cela même qu'elles créent une insuffisance immédiate de l'orifice lésé et qu'elles peuvent donner lieu, secondairement, à diverses altérations organiques, s'accompagnent naturellement des signes qui appartiennent aux insuffisances spontanées et, par conséquent, à l'histoire générale des maladies du cœur, laquelle sort de notre sujet. Nous devons donc nous borner à citer les particularités symptomatiques qui sont le propre du trauma thoracique et du genre de lésion anatomique créé par lui. Ce sont, d'abord, les signes de début.

Si un malade, qui vient d'être victime d'un choc violent de la cage thoracique, présente une douleur

vive, déchirante, au niveau de la région précordiale, une dyspnée extrême, des attaques syncopales, il y a bien des chances, même si ces accidents sont suivis d'une rémission, pour qu'il s'agisse d'une lésion valvulaire immédiate, ou, tout au moins, d'un trauma endocardique susceptible de produire une altération valvulaire consécutive. Mais, ce qui appartient d'une façon toute spéciale aux ruptures, ce sont les caractères qu'imprime aux bruits morbides de l'insuffisance traumatique, la disposition anatomique de la lésion. Neuf fois, DUROSIEZ a constaté chez ses aortiques, un double souffle à la base avec prédominance notable du souffle diastolique au double point de vue de la durée et de l'intensité, et prolongation de ce dernier souffle dans les vaisseaux du cou ; le double souffle crural a été aussi plusieurs fois noté par lui ; en outre, le battage, par le sang, des lambeaux sigmoïdiens peut donner au bruit diastolique un timbre particulier pouvant aller jusqu'au bruit de piaulement et causer, en même temps, un frémissement sensible à la main. De même, le flottement, dans le courant sanguin, des cordages rompus de la mitrale ou de la tricuspide, produit au lieu du souffle habituel de l'insuffisance organique, un son grave, rude et prolongé, explicable par les vibrations des débris tendineux de la valvule.

Marche. — Pronostic. — Survie. — Sur les vingt-quatre aortiques dont il a rapporté les observations, DUFOUR a noté, treize fois, un début immédiat ou postérieur, de quelques jours seulement, au traumatisme ; une fois, les accidents ont apparu au bout de deux mois, une fois au bout de deux ans, une fois au bout de quatre ans.

Dans les trois observations de lésions mitrales citées par Barié, le début des accidents a été immédiat ou très rapide.

Le diagnostic d'insuffisance traumatique des valvules entraîne, ainsi qu'on a pu facilement s'en rendre compte par tout ce qui précède, un pronostic grave, que l'existence de lésions antérieures assombrira encore, bien entendu. De blessé, le sujet atteint ne tarde pas à devenir un malade, un cardiaque. Les efforts, les travaux fatigants, les longues marches lui deviennent pénibles, sinon impossibles. S'il s'agit d'un ouvrier, il en résulte, pour lui, une incapacité de travail partielle ou totale.

Les symptômes qui caractérisent l'insuffisance s'accentuent de jour en jour et aboutissent finalement à l'asystolie et à la mort souvent subite, s'il s'agit d'une lésion aortique. Il ne faut pas oublier, d'autre part, qu'une insuffisance aortique produite par un coup ou une chute peut se compliquer ultérieurement d'insuffisance mitrale, et réciproquement, sans compter qu'une plaie valvulaire est une porte ouverte à une infection endocardique (HERMANN BIGGS).

Cette gravité du pronostic se marque indépendamment de l'intensité des symptômes, par la rapidité de la marche. Ainsi qu'on l'a vu plus haut, qu'il s'agisse des sigmoïdes ou de la mitrale, le trauma imprime, le plus souvent, au processus pathologique une vivacité d'allure qui manque en général dans les lésions valvulaires spontanées, parce que, dans ce dernier cas (et ce qui peut avoir lieu dans un organe surpris par le traumatisme), la compensation s'opère au fur et à mesure des progrès du mal.

En cas de lésion sigmoïdienne, FOSTER estime que le pronostic est plus menaçant quand les valvules intéressées sont celles que surmonte l'embouchure des coronaires, à cause de l'obstruction consécutive de ces artères et de l'ischémie cardiaque qui en résulte. Quant à la mitrale, le pronostic semble plus grave, quand il y a eu rupture d'une colonne charnue et non d'un cordage.

Quelle est la durée de survie laissée aux malades par ces graves lésions ? Variable, suivant le siège et l'étendue des déchirures, et aussi, suivant l'état antérieur du cœur, c'est, toutes choses égales d'ailleurs, dans les cas de rupture des sigmoïdes aortiques qu'elle s'est, jusqu'à présent, montrée la plus longue. Non seulement on a vu la vie des blessés se prolonger un an, deux ans, trois ans, mais dans deux observations (BARIÉ et DUROSIEZ) les sujets n'ont succombé qu'au bout de dix ans ; dans deux autres cas (ALVARENGA et BARIÉ les malades vivaient encore après onze et quatorze ans : mais ce sont là des faits certainement exceptionnels.

En résumé, le pronostic est, on le voit, extrêmement grave, et les experts ne peuvent manquer de le présenter comme tel, ce qui porte nécessairement les tribunaux à se montrer sévères et à accorder aux victimes des indemnités souvent considérables.

Toutefois, si les choses se passent de cette façon dans l'immense majorité des cas, il convient de faire quelques prudentes réserves au sujet d'une guérison possible, quelqu'improbable que celle-ci puisse paraître au premier abord, et ceci permet, dans une

certaine mesure, de rendre le tableau moins sombre. POTAIN et LEYDEN ont signalé, chacun, un cas de guérison de lésion valvulaire aortique ; de son côté, OSWALT a cité un fait de rupture sigmoïdienne aortique.; (il s'agissait, il est vrai, d'un effort et non d'une contusion thoracique, mais, la lésion anatomique étant la même dans les deux cas, l'observation n'en reste pas pour nous moins instructive, au point de vue spécial de la guérison possible) dans lequel, au bout de trois mois, le souffle diastolique du premier jour était devenu à peine perceptible, et il rapproche ce cas d'un fait analogue d'AUSTIE, cité par BURNEY YEO, dans lequel, au bout de quelques années, il n'existait plus aucun signe d'une rupture sigmoïdienne de l'aorte.

Mais, le fait le plus curieux et le plus probant que nous puissions citer, est celui du malade dont LEROY avait rapporté l'intéressante histoire dans le *Bulletin médical du Nord* (1879) et que l'un de nous vient d'être assez heureux pour retrouver guéri, plus de vingt ans après l'accident. Nous aurions voulu reproduire, dans son entier, cette observation si curieuse à tous égards; mais l'espace nous fait réellement défaut, et nous devons nous borner à en résumer les points essentiels. Le malade en question, victime, le 2 mars 1879, d'un accident de chemin de fer, avait été retiré d'un wagon brisé où il avait été serré entre les deux banquettes. Tous les signes de l'insuffisance aortique (pouls bondissant, double souffle crural, battements du cœur tumultueux, essoufflement), avec adjonction d'un bruit de piaulement au second temps et à la base furent constatés chez le blessé, et, sur les conclusions des experts commis sept mois plus tard à son examen médico-légal, il lui fut alloué, par le tribunal, un capital de 26.000 francs et une rente viagère annuelle de 4.000 francs reversible par moitié sur la tête de sa femme. Deux ans plus tard, le diagnostic de LEROY et des experts fut confirmé par plusieurs professeurs de la Faculté de Lille ; mais, un an après, LEROY, examinant de nouveau son malade et trouvant que le souffle diastolique avait diminué, crut pouvoir conclure à un travail de guerison en train de s'effectuer. Ce pronostic s'est confirmé. Le 25 février dernier, c'est-à-dire, près de vingt-et-un ans après l'accident, l'examen du sieur X.... pratiqué par l'un de nous assisté de son collégue CARRIÈRE, professeur agrégé à la Faculte de Lille, auquel nous devons l'observation inédite dont il a été question précédemment, a donné les résultats suivants. L'état du malade est assez satisfaisant, sauf quelques crises d'œdème pulmonaire. Le sieur X... ne se plaint ni de palpitations, ni d'étouffements, ni de dyspnée, à la suite d'efforts, et soulève parfois de lourds fardeaux. A l'auscultation, dédoublement du premier bruit à la pointe, et deuxième bruit normal à la base. Au foyer aortique, premier bruit sourd et deuxième bruit augmenté d'intensité, et éclatant, mais non clangoreux. Le double souffle crural n'existe plus et le tracé sphygmographique du pouls radial ne présente aucun caractère d'insuffisance.

Voilà donc un fait dont l'observation est entourée de toutes les garanties désirables et qui fait, à lui seul, la preuve qu'une insuffisance aortique, suite de contusion thoracique, et accompagnée, à son début, des symptômes les plus graves, est susceptible de guérison : c'est, sans doute, une exception, une très rare exception ; mais il suffit que la chose soit possible, pour qu'on soit forcé de la faire entrer en ligne de compte, dans les conclusions d'un rapport médico-légal.

Maintenant, par quel mécanisme expliquer la guérison ? La discussion est ouverte, et nous n'avons nullement la prétention de résoudre du premier coup cette délicate question de physiologie pathologique. Nous nous contenterons de faire remarquer qu'une oblitération de la solution de continuité produite par le traumatisme est véritablement inadmissible, si une sigmoïde a été déchirée verticalement de haut en bas, ou bien, si elle a été détachée de la paroi aortique par un de ses côtés et est restée flottante, ou bien, enfin, si elle a été largement désinsérée au fond « du panier à pigeon ». Il nous semble, en conséquence, que la guérison ne puisse avoir lieu que si le bord seul d'une valvule ayant été échancré, cette échancrure n'a dépassé que de peu la limite d'adossement de la valvule (on sait que les sigmoïdes ne s'adossent pas par des bords, mais par des surfaces). Ne serait-il donc pas possible que, dans ces conditions, la formation consécutive d'un certain degré de rétrécissement de l'aorte amenât, en augmentant l'étendue de l'adossement, l'obturation de la déchirure ? Rappelons, à l'appui de cette hypothèse, que, sur les animaux chez lesquels on avait déchiré expérimentalement une sigmoïde, on a constaté, au bout d'un temps variant de un à trois mois, un rétrécissement aortique (CH. NÉLATON).

Tout ce que nous venons de dire au sujet de la gravité du pronostic et de la durée de la survie, ne s'ap-

plique, comme on a dû le remarquer, qu'aux seuls cas de déchirure ou de rupture valvulaires consécutives à une endocardite traumatique, nous ne voyons aucune raison pour que la maladie évolue plus gravement et plus rapidement que dans les cas d'endocardite spontanée, rhumatismale, par exemple.

Considérations médico-légales. — La connaissance des lésions valvulaires consécutives aux lésions thoraciques présente, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte à la lecture des pages qui précèdent, un intérêt considérable pour le médecin légiste, puisque — soit qu'il s'agisse d'un traumatisme criminel, soit qu'on se trouve en présence d'un accident — l'affection cardiaque qu'on est en droit de rattacher à la violence extérieure en cause, entraîne, pour le blessé, par l'importance même du dommage causé, des conséquences de nature à aggraver considérablement la responsabilité de l'auteur volontaire ou involontaire de la blessure. L'expert, néanmoins, tout en ne perdant pas de vue la possibilité de l'origine traumatique d'une affection cardiaque, aura bien soin de ne pas se départir de la prudence et de la réserve qu'exige sa difficile mission et de ne pas oublier, en se gardant du vieil adage généralisateur « post hoc, propter hoc » que ses conclusions doivent être strictement subordonnées aux conditions particulières du cas soumis à son appréciation. Enfin, il se rappellera que, bien qu'exceptionnelle, la guérison, au moins en ce qui concerne les lésions aortiques, est possible, et il devra l'indiquer.

En l'absence d'antécédents généraux (rhumatisme, alcoolisme, syphilis) et locaux, ou en présence d'antécédents généraux certains, mais avec examen cardiaque antérieur négatif, il sera en droit, s'appuyant, tant sur les signes actuels constatés par lui que sur les commémoratifs, de conclure à une relation directe de cause à effet, entre le trauma et la maladie. Mais, si le blessé, avec des antécédents généraux suspects et même mauvais, n'a jamais été soigné pour le cœur, de telle sorte qu'on ne possède aucune donnée sur cet organe avant l'accident, l'expert ne sera pas suffisamment autorisé à admettre une affection cardiaque créée de toutes pièces par le traumatisme, et il ne devra pas, dans ses conclusions, aller au devant d'une aggravation résultant de la blessure. Enfin, il se trouvera des cas où, chez un malade atteint d'une affection du cœur ancienne et avérée, mais jusque-là suffisamment compensée, l'expert constatera, à la suite d'une contusion de la paroi thoracique, une rupture d'équilibre des fonctions cardiaques et une aggravation de l'état tant local que général qui lui permettront de conclure à l'action nuisible du traumatisme sur la marche de la maladie préexistante.

Conclusions. — 1° Les contusions violentes de la cage thoracique, qu'elles résultent, soit d'un coup porté, soit d'une chute, soit d'une compression entre deux corps résistants, sont capables de produire sur un cœur sain, et, à plus forte raison, sur un cœur déjà malade, des lésions valvulaires.

Ces lésions valvulaires sont, le plus souvent, immédiates, et consistent en une rupture ou une déchirure due à l'augmentation, sous l'influence du traumatisme, de la pression sanguine supportée par la valvule. Mais elles peuvent aussi être consécutives, et n'apparaître qu'à la suite d'une myo-endo-cardite résultant du traumatisme.

Elles donnent lieu, quand elles sont immédiates, à une insuffisance d'*emblée* de l'orifice lésé, susceptible de se compliquer, par l'effet d'un processus pathologique ultérieur, de lésions de l'endocarde, d'un autre orifice, et des gros vaisseaux du cœur.

2° Les valvules, le plus souvent mises en cause, sont les sigmoïdes aortiques. Viennent ensuite la valvule mitrale, et exceptionnellement, les sigmoïdes pulmonaires et la tricuspide.

3° Les signes physiques des lésions valvulaires en question sont, d'une manière générale, les mêmes que ceux des lésions valvulaires spontanées, avec cette différence, toutefois, que les souffles sont plus intenses et plus prolongés, et que le flottement, dans le courant sanguin, des lambeaux valvulaires ou des cordages rompus donne au bruit morbide une tonalité et des vibrations spéciales.

4° Le pronostic de l'insuffisance traumatique est plus grave que celui des lésions spontanées, et la marche de l'affection plus rapide, parce que l'organe étant, en quelque sorte, surpris par le traumatisme, le travail de compensation qui s'opère progressivement dans les cas chroniques, n'a pas le temps de s'effectuer. Néanmoins, les longues survies, et même la guérison, au moins dans les cas de lésion aortique, sont possibles, quoique, cela va sans dire, exceptionnelles.

5° La connaissance des lésions valvulaires dépendant d'une contusion des parois thoraciques présente un intérêt considérable pour le médecin légiste, puis-

qu'elle lui permettra de conclure, dans certains cas, qu'une affection cardiaque est le résultat d'un traumatisme extérieur — avec cette conséquence que l'auteur, volontaire ou involontaire, de la blessure, verra ainsi sa responsabilité singulièrement aggravée.

BIBLIOGRAPHIE

SÉNAC. — Traité clin. des maladies du cœur, 1778, t. I.

CORVISART. — Essai sur les maladies du cœur, 1811. 2e édit.

OLLIVIER. — Art. Cœur. Dict en 30 vol.. t. VIII, p. 349, 350 et 351.

DEZEIMERIS. — *Arch. génér de méd.*, 1834, p. 351.

HENDERSON (W.). — Rupture of the semilun. valves. *Edimb. Med. Journ.*, 1835, t. XLIII, p. 154.

LEGENDRE. — *Bull. Soc. anat.* 1839, p. 195.

BOUILLAUD. — Traité clin. des mal. du cœur, 1841, t. I, p. 592.

ARAN. — Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. (*Arch. de méd*, 1842, p. 27.)

PRESCOTT-HEWITT. — *London med. Gaz.*, 1847.

TODD. — *Dublin quat. Journ. of med.*, 1848.

PEACOCK. — *Monthly Journ. of méd. Sc.*, 1852, t. XV, p. 1.

ALVARENGA. — Sur l'insuffisance des valvules aortiques. Th. de Paris, 1856.

MAREY. — *Mém. de l'Acad. de Médecine*, 1863.

HAYDEN. — *Dubl. Quart. Journ.*, nov 1867.

RAYNAUD (M.). — Art. Cœur. Dict. Baillière, t. VIII p 546.

SWINEY. — *Dubl. Journ. of med. Sc.*, 1873.

FOSTER. — *Med. Times and Gaz.*, 1873, t. II, p. 657.

BURNEY YEO. — Rupture of the aortic valves. *The Lancet*, 5 déc. 1874, p. 792, et *Med. Times and Gazette*, 1878, p. 180.

PETER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1875, p. 101.

WEISS (Nathan). — *Wiener med. Presse*, 1876, nos 1 et 2.

ROSENBACH (Otto). *Arch. für experim. Patho. und Pharm.*, 1878, p. 180.

LEROY. — Insuffisance aortique de cause traumatique. Médiastinite. In *Bull. med. du Nord*, 1879, p. 201.

DUROSIEZ. — Du traumatisme dans l'insuffisance aortique. *Union médicale*, 1880, et *France médicale*, 2 février 1894.

LINDMANN. — Zur Kazuistick seltener Herzkrankheiten. In *Arch. für klin. Med.*, t. XXV. 1881.

BARIÉ (E.). — Recherches cliniques et expérimentales sur les ruptures valvulaires du cœur. *Revue de Médecine*, février. avril et juin 1881. Leçon clinique de l'hôpital Tenon, in *Revue gén. de clinique et de thérapeutique*, 1893.

FR. FRANCK. — *Comptes rendus de la Société de biologie.* 1882.

NÉLATON (Charles). — Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques. Thèse d'agrégation en chirurgie, 1886.

PINET. — Lésions expérimentales des valvules du cœur chez les chiens. *Bull. Soc. anat.*, 1887, p. 473.

LEYDEN. — Rupture des valvules aortiques. *Berl. klin. Woch.*, 13 mars 1889, et *Ibid.*, 1892, p. 1013.

BIGGS (Hermann). — Rupture traumatique d'une valvule aortique et endocardite microbienne *Bull. méd.*, mars, 1890.

TRETZEL. — Rupture des valvules aortiques. *Jahresbericht*, 1891, t. II, p. 130.

HECKTOEN. Ruptures des valvules aortiques. *Jahresbericht*, 1892.

JACCOUD. — Cardiopathie d'origine traumatique In *Journal de Lucas Championnière*, 1892, p. 641.

POTAIN. — Du traumatisme du cœur. *Bull. méd.*, 18 déc. 1892. Traumatismes cardiaques. *Clin méd. de la Charité*, 1894.

HUCHARD. — Diagnostic du tendon aberrans. *Bull. méd.*, 4 janv. 1893.

GILBIN. — Rupture des tendons de la valvule mitrale. Thèse de Paris, 1893

HAIDENHAIN. — Affections organiques du cœur consécutives aux contusions de cet organe. *Deutsche Zeitsch f. Chir.*, XLI, p. 4, 5, 286, 329, 1895, et *Rev. Hayem*, t. XLVII, p. 240, 1896.

BERNSTEIN. — Du développement d'affections du cœur à la suite des traumatismes extérieurs. *Zeitsch. f. klin Med.*, XXIV, p. 319, 1896.

DREYFUS (Jules). — Ruptures valvulaires consécutives au traumatisme et à l'effort. Thèse de Paris, 1896.

DUFOUR (Charles). — Des insuffisances aortiques d'origine traumatique. Th. de Paris, 1897.

OSWALT. — *Revue de Médecine*, 1898, p. 906.

Fistule branchiale du cou

par le docteur **O. Lambret**, chef de clinique chirurgicale

Je désire vous présenter un malade âgé de 57 ans, qui est atteint d'une fistule faisant communiquer la cavité buccale avec l'extérieur. D'après l'observation recueillie par M. BRETON, interne du service de M. le professeur FOLET, cet homme n'a aucun antécédent pathologique héréditaire, ni personnel, et il a toujours joui d'une santé parfaite.

Au mois de janvier dernier, il constata à la région cervicale supérieure gauche une tuméfaction, en un point situé un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire. En dix jours environ, la tumeur atteignit le volume d'une grosse noix ; un médecin, qu'il vit à ce moment, constata l'existence d'un abcès qu'il ouvrit et draina. Mais comme il persistait une fistule, le malade entra à l'hôpital deux mois et demi après la première intervention.

A ce moment, je dois dire qu'on ne prêta pas grande attention à son affection ; on nota l'existence d'une fistule communiquant avec une petite poche sous-cutanée, reposant sur une base indurée et laissant écouler tantôt du pus, tantôt un liquide filant et plus clair, mais ce détail. qui est cependant noté, nous échappa complètement. Un externe du service fut chargé de s'occuper du malade, jugé à ce moment banal et peu intéressant, et de pratiquer l'ouverture de la poche purulente après insensibilisation des téguments au chlorure d'éthyle. Le malade sortit de l'hôpital à quelques jours de là pour revenir aux pansements extérieurs. Mais notre attention fut appelée de nouveau sur lui par l'élève chargé des pansements. La fistule ne s'oblitérait toujours pas, et si elle se fermait, des phénomènes de rétention ne tardaient pas à se produire ; le malade accusait en outre un sifflement à travers la fistule à chaque déglutition, et bien plus, une injection modificatrice faite dans le trajet ressortait par la bouche. Ce phénomène, il nous fut facile de le constater immédiatement d'une façon très nette, car le malade rejeta dans un plateau une injection colorée que nous avions fait passer. Il rentre de nouveau à l'hôpital et les injections modificatrices n'ont encore abouti à aucun résultat ; il s'écoule toujours par la fistule un liquide filant, clair et transparent, il entend toujours un sifflement particulier au moment de la déglutition, mais jamais, ni les liquides, ni les solides ingérés ne s'engagent dans le trajet. Ce trajet est sinueux, il commence à l'orifice externe qu'on aperçoit au sommet d'un petit bourgeon rosé et il se termine au plancher de la bouche, en avant de la base du pilier antérieur du voile du palais, c'est-à-dire à l'entrée du pharynx, au sommet également d'un petit bourgeon. Il a une direction généralement concave en haut et n'offre aucune relation avec le maxillaire inférieur.

Nous devons nous demander quelle est la nature de

cette fistule. Est-ce une fistule branchiale d'origine congénitale ou plus simplement une fistule consécutive à l'ouverture à la bouche et à la peau d'un abcès ganglionnaire ou d'un phlegmon du cou. La marche de l'affection nous permet de rejeter d'emblée la possibilité de l'abcès froid ganglionnaire. Nous ne pensons pas non plus que l'accident initial ait été un adéno-phlegmon ; celui-ci donne lieu à des accidents bien plus intenses, il s'accompagne d'un empâtement étendu, d'une tuméfaction large et dure, il occasionne des douleurs très vives, de la dysphagie, du trismus, etc. ; or, chez notre malade nous notons que les accidents du début n'ont pas été à ce point bruyants et que la tumeur en dix jours atteignait seulement le volume d'une grosse noix.

Il nous paraît donc plus logique d'admettre que la fistule est une fistule branchiale d'origine congénitale. Contre la congénitalité, on peut objecter qu'elle apparaît bien tard chez un sujet âgé de 57 ans ; j'ai fait quelques recherches et j'ai en effet constaté que les fistules branchiales sont ordinairement découvertes dans les vingt premières années de l'existence, mais j'ai trouvé aussi une observation chez un homme de 56 ans et une autre chez un vieillard de 70 ans. D'ailleurs, c'est un fait d'observation qu'on ne peut refuser la congénitalité à une affection sous prétexte qu'elle n'existait pas à la naissance ; certains kystes dermoïdes n'apparaissent que très tard et de même des hernies ne s'engagent dans le canal vagino-péritonéal persistant qu'à un âge parfois avancé. D'autres faits plaident en faveur de l'hypothèse : le siège, le long du bord inférieur du maxillaire sur le trajet de la première fente branchiale, la longueur du trajet, sa direction, ses connexions probables avec les vaisseaux, la situation de son orifice interne au niveau du point de prédilection de l'ouverture des fistules branchiales, enfin la nature du liquide sécrété. Celui-ci ne pourrait guère être confondu qu'avec la salive ; il n'est pas possible de faire une analyse chimique, mais il est vraisemblable que ce liquide n'est pas d'origine salivaire, il coulerait en plus grande abondance pendant la mastication, et les liquides gardés dans la bouche, les boissons prendraient le même chemin. La situation de l'orifice interne au sommet d'un bourgeon et l'accolement de ses lèvres doivent s'opposer pour leur part à la pénétration du liquide ; la pénétration en sens inverse se fait, elle aussi, difficilement, nous avons vu qu'un certain degré de rétention est possible, et nous ajouterons qu'il faut pousser le piston de la seringue avec une certaine force pour que son contenu arrive dans la bouche.

Les fistules branchiales sont revêtues d'un épithélium plus souvent cylindrique que pavimenteux ; les produits d'un petit râclage superficiel de la partie de la fistule voisine de la peau ont été examinés rapidement par M. le professeur Curtis ; il n'a pas trouvé de cellules épithéliales, mais il nous a fait remarquer qu'il n'y avait pas lieu de s'en étonner car la suppuration qui a existé à ce moment a détruit certainement à ce niveau le revêtement muqueux. Il est probable qu'il existait une fistule borgne interne ignorée, peut-être même aboutissant à une petite cavité formant une tumeur molle et passée inaperçue ; sous l'influence d'une cause quelconque, il y a eu infection et production d'un abcès dont l'ouverture a transformé cette fistule borgne en fistule complète.

Reste la question du traitement et elle est difficile à résoudre. Le seul radical serait l'ablation complète du trajet ; cela nécessiterait une opération grave, une dissection dangereuse que ne légitiment pas l'indolence et la bénignité de l'affection. Les injections irritantes et modificatrices ayant échoué, il convient, croyons-nous, de s'adresser au curage du trajet qui a donné un succès à Trélat. Si ce moyen échouait encore, il nous paraît légitime de penser que l'électrolyse pourrait donner un succès en cette occurrence.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du Rapport sur le
Traitement de la mort apparente du nouveau-né
Par M. le docteur **Ribemont-Dessaignes**

Pendant le travail l'enfant peut souffrir sous l'influence de causes nombreuses que nous n'avons pas à examiner ; ainsi, à sa naissance, peut-il se présenter avec l'aspect suivant qui caractérise la mort apparente ; absence de cris, membres flasques, résolution musculaire complète, mais persistance de battements du cœur parfois très faibles et très espacés. Tantôt sa surface cutanée est bleuâtre, violacée, presque noirâtre, sa face est tuméfiée, les globes oculaires sont saillants et les conjonctives congestionnées ; c'est l'*asphyxie* bleue. Tantôt au contraire la peau est blanche, pâle, décolorée, les muqueuses sont également blanchâtres, les battements du cœur sont imperceptibles ; c'est ce qu'on a appelé à tort l'asphyxie blanche, c'est l'état syncopal.

Enfin dans certains cas on se trouve en présence de formes mixtes, les caractères ne sont pas suffisamment tranchés pour que l'on puisse appliquer l'étiquette d'asphyxie ou d'état syncopal.

C'est en nous appuyant sur cet exposé clinique que nous allons pouvoir établir la conduite à tenir dans ces différents cas.

Dans la pratique la forme asphyxique est la plus

fréquente ; due à l'obstruction des voies aériennes par des mucosités ou du liquide amniotique chargé de méconium, il sera donc nécessaire : 1° de désobstruer les voies respiratoires ; 2° de faciliter l'entrée de l'air dans les poumons pour rétablir ou régulariser les fonctions cardiaques et pulmonaires.

Très souvent les mucosités n'occupent que l'arrière-bouche, aussi un simple écouvillonnage fait avec le doigt entouré d'un linge, suffit à les enlever et à provoquer la première inspiration.

Les frictions cutanées simples ou avec de l'alcool, de l'éther, du cognac, de l'eau de Cologne, les bains chauds, les bains sinapisés, les bains alternativement chauds et froids, font de la révulsion cutanée qui est souvent le point de départ d'un réflexe se terminant par des mouvements respiratoires.

C'est sur le même principe physiologique qu'a été instituée l'excitation des muqueuses pituitaires, buccales et pharyngiennes ; la méthode des tractions rythmées de la langue que le Dr Laborde a fait connaître en 1892 a pour but de faire naître le réflexe respiratoire.

Très fréquemment les procédés cités plus haut ne suffisent pas, il faut avoir recours à la respiration artificielle. Nombreux sont les moyens dont le but est de faire pénétrer de l'air dans l'arbre aérien : insufflation de bouche à bouche, procédé de Sylvester, procédé de Schultze, procédé de Rivière.

Ces moyens ne remplissent qu'une des deux indications que nous avons posées dès le début : 1° désobstruer les voies aériennes, 2° faciliter l'entrée de l'air. C'est en nous inspirant de ces indications que nous avons considéré l'insufflation comme la méthode de choix. L'étude approfondie de ce sujet nous a conduit aux données suivantes qui nous ont dirigé dans la construction de l'instrument qui porte notre nom :

1° L'insufflation doit être instrumentale ;

2° L'appareil employé doit permettre d'aspirer les mucosités ;

3° Il ne doit porter dans les poumons qu'une quantité d'air en rapport avec leur capacité.

L'insufflation instrumentale date du siècle dernier, mais Chaussier est le premier qui ait fait construire un tube pénétrant directement dans le larynx. Cet instrument fut modifié plus tard par Depaul, puis par Pinard. Mais ce tube présentait encore de nombreux inconvénients : il est difficile à introduire dans le larynx, il se déplace aisément, il ne s'oppose pas au reflux de l'air et n'indique pas à chaque instant, s'il n'a pas quitté le larynx pour pénétrer dans l'œsophage.

Pour remédier à ces défauts nous avons pensé que le tube devait être construit sur des bases anatomiques précises, aussi avons-nous étudié avec soin sur des coupes de nouveau-nés congelés d'une part la courbe bucco-laryngée, et d'autre part le calibre et la forme de l'intérieur du larynx. Les résultats obtenus nous ont permis de faire construire un tube composé de deux parties. La première est formée d'une portion conique qui sert d'embouchure et sur laquelle on peut monter une poire en caoutchouc de 28 centimètres cubes de capacité et dont le fond est percé d'un trou. Elle est continuée du côté de la base par une autre portion, conique également ; au point de réunion existe une double couronne de perles dont les aspérités fournissent une prise solide qui empêche l'instrument de vaciller entre les doigts.

La partie bucco-laryngienne est constituée par une portion buccale cylindrique, elle présente une double courbure moulée sur la saillie du rebord alvéolaire et sur la concavité de la voûte palatine. La portion laryngienne a la forme d'un cône très court aplati sur les côtés et séparé d'un bouton terminal par un étranglement circulaire sur le contour duquel en regardant la concavité de la courbure, se trouve situé l'orifice de sortie de l'air.

Lorsque l'insufflateur est construit rigoureusement sur le modèle que nous avons déposé en 1877, il présente les qualités suivantes :

1° Son introduction est rendue facile grâce à sa courbure et à la disposition de son extrémité terminale ;

2° Sa courbe assure son maintien dans les voies respiratoires ;

3° Il s'oppose au reflux de l'air hors du larynx ;

4° Il permet d'aspirer aisément les liquides, les mucosités qui obstruent les canaux bronchiques.

5° On se rend compte de sa bonne situation dans le larynx ou de son introduction par erreur dans le pharynx et l'œsophage.

6° La poire en caoutchouc n'envoie dans les poumons que la quantité d'air suffisante pour les distendre en raison directe de leur capacité, ce qui évite la rupture des vésicules pulmonaires si fragiles à la naissance.



Variétés & Anecdotes

Emploi culinaire du speculum de Dupuytren

Il y a quelques mois, l'un de nous, appelé chez un propriétaire des Basses-Pyrénées, s'arrêta plein d'étonnement en face d'un speculum n° 0 en étain, admirablement astiqué, mais accroché entre deux superbes casseroles au râtelier d'une cuisine.

Se doutant que ce riche Basque ne savait pas la destination première de cet instrument, notre confrère lui demanda l'usage que sa cuisinière en faisait.

« C'est un entonnoir à saucisses, répondit-il ; je l'ai trouvé dans une villa de Pau, dont j'ai acheté tout le mobilier. C'est le modèle que les gens du Nord emploient, paraît-il, pour faire leurs saucisses. Du reste, grâce à cette queue, il est d'un maniement plus commode que l'entonnoir du Midi. Ce qui lui assure une supériorité complète, c'est le mandrin de buis. » Et, ce disant, il montrait l'embout de Melier.

(Province médicale).

Il n'est jamais facile de faire une bonne classification. Quand il s'agit de livres, cela devient un problème sur lequel pâlissent encore les bibliothécaires. A cet égard les excentricités des faiseurs de catalogues ou d'index sont parfois amusantes. En voici une que rapporte le *Practitioner* dans son numéro d'avril.

Un savant clerc d'Oxford, qui s'intéressait au sujet de l'Immaculée Conception, désira consulter un ouvrage des plus rares, consacré à ce dogme théologique, qu'on lui avait dit se trouver dans la bibliothèque d'un certain collège.

Le catalogue cependant n'en portait aucune trace. Après avoir épuisé toute son ingéniosité en matière de rubriques possibles, notre clerc se décida à recourir au gardien qui, avec le sourire de commisération d'un homme familier avec la bêtise humaine, lui indiqua tout de suite où trouver le fameux traité.

Il était classé sous la rubrique : « Anomalies obstétricales ».

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nomination et rôle des médecins visiteurs dans les assurances mixtes organisées par la Caisse d'assurances en cas de décès.

Une loi du 17 juillet 1897 a autorisé la Caisse d'assurances en cas de décès, qui fonctionne sous la garantie de l'Etat, à faire des assurances mixtes, soit avec les Sociétés de secours mutuels, soit avec des contractants individuels faisant partie ou non des Sociétés de secours mutuels, soit avec les chefs d'industrie au profit de leurs ouvriers. Ces assurances ont pour but le paiement d'un capital déterminé, soit aux assurés eux-mêmes, s'ils sont vivants à une époque fixée d'avance, soit à leurs ayants droit et aussitôt après le décès, si les assurés meurent avant cette époque.

Mais la loi de 1897 s'était à peu près contentée de poser le principe, et elle avait renvoyé à un règlement d'administration publique le soin de déterminer les conditions d'application de ce principe. Ce règlement vient de paraître avec le décret du 27 avril 1900, promulgué au *Journal officiel* du 2 mai 1900. Nous en extrayons ce qui a trait aux médecins appelés à intervenir dans l'organisation de ces assurances.

La personne qui désire contracter une assurance mixte a dû, tout d'abord signer un engagement « de répondre aux questions qui lui seront posées par le médecin-visiteur, de se soumettre à l'examen de celui-ci et d'acquitter les frais de cet examen ». Mais elle n'a pas le droit de choisir ce médecin. D'après l'article 4 du décret, c'est le Préfet qui désignera, pour chaque canton, un ou plusieurs médecins visiteurs chargés d'examiner les proposants. Ces médecins seront assermentés. Ils auront à prêter serment soit devant le préfet ou le sous-préfet, soit devant le juge de paix du canton de leur résidence. C'est aussi un arrêté du préfet qui fixera le tarif de la visite médicale.

Quand une proposition de contrat d'assurance mixte aura été adressée à la direction générale de la Caisse des dépôts et consignations, cette direction peut y répondre par une autorisation de se présenter chez tel médecin-visiteur, auquel cas le médecin recevra avis de cette autorisation, en même temps qu'un questionnaire destiné à recevoir les résultats de son examen.

Les articles 5 et 6 indiquent le rôle du médecin. Il doit commencer, s'il ne connaît pas personnellement le proposant, par s'assurer de son identité. Dans ce but, il exigera que cette identité soit attestée par deux témoins imposés au rôle des contributions directes de la commune, et il fera signer cette attestation par les témoins sur le questionnaire *ad hoc*.

Puis, continue l'article 6, « après que les témoins se sont retirés, le médecin-visiteur adresse au proposant les questions contenues dans la première partie du questionnaire, et il consigne les réponses qui lui sont faites ; il fait signer cette première partie par le proposant, après lui en avoir donné connaissance. Si ce dernier ne sait ou ne peut signer, le médecin en fait mention.

Il procède ensuite à l'examen médical, inscrit le résultat de ses observations dans la seconde partie du questionnaire, signe et adresse le tout au Directeur général de la Caisse des dépôts et consignations ».

J. J.



NOUVELLES & INFORMATIONS

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur PERRIOL, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur BODIN, suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales, est nommé professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie.

Distinctions honorifiques

Sont promus ou nommés dans l'ordre de la **Légion d'Honneur** : à la dignité de *Grand officier* : M. le docteur de LACAZE-DUTHIERS, membre de l'Institut.

Au grade de commandeur : M. GARIEL, professeur à la Faculté de médecine ; M. COLLIN, fabricant d'instruments de chirurgie (maison CHARRIÈRE) ; M. MOISSAN, membre de l'Institut.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Paul BERGER, professeur à la Faculté de médecine ; DOUBRE ; André-Justin MARTIN, membre du Comité consultatif d'hygiène de France ; CHAMBERLAND, chef de service à l'Institut Pasteur.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs BERGONIÉ, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; BEURNIER, chirurgien des hôpitaux ; R. BLONDEL, secrétaire général du Congrès de la presse médicale ; A. CHAUFFARD, agrégé, médecin des hôpitaux, secrétaire général du XIIIe Congrès international de médecine ; H.-R. DANDIEU ; F. FRÉBAULT ; JAMIN, président du syndicat des médecins de la Seine ; LEGRAIN, président de l'Union française antialcoolique ; MILLON ; SPRINGER ; THIBIERGE, médecin des hôpitaux, secrétaire général du Congrès international de dermatologie et syphiligraphie de 1900 ; WEISS, agrégé, ingénieur des Ponts et-Chaussées ; de NICOLAS DU PLANTIER, médecin des colonies ; DÉLAY, médecin des colonies (affaires de Chine).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

33me SEMAINE, DU 12 AU 18 AOÛT 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	8
3 mois à un an	25	14
1 an à 2 ans	»	2
2 à 5 ans	1	4
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	11	5
40 à 60 ans	7	6
60 à 80 ans	10	11
80 ans et au-dessus	»	5
Total	66	57

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	8	»	1	3	1	»	»	»	»	3	16	8
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	9	»	»	1	2	»	»	»	»	2	18	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	7	1	»	»	1	»	»	»	»	3	15	24
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	1	3	»	»	»	»	»	2	9	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	6	»	»	5	4	»	»	»	»	11	28	15
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	7
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	10	»	1	1	»	»	»	»	»	4	19	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	7
Total	»	1	»	»	»	»	»	3	5	8	46	1	2	15	8	»	»	»	»	34	123	115

Nº 190. Quatrième Année. Nº 35 Le Numéro : **10** centimes. 2 Septembre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : **6 fr.**

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'assistance chirurgicale rapide
Essai sur son installation à Lille

par le Docteur **O. Lambret**, Chef de clinique chirurgicale.

Une opinion banale aujourd'hui est celle qu'on exprime ainsi : « La chirurgie a accompli dans ces dernières années d'énormes progrès », et personne peut-être, plus que le chirurgien, n'est exposé à surprendre cette phrase aussi bien dans la bouche de l'homme du monde à l'esprit cultivé, que dans celle de l'ouvrier à peine instruit. En réalité, l'art chirurgical en lui-même n'a peut-être pas autant progressé qu'on le croit ; ses résultats ont surtout changé ; ils étaient désastreux jadis, ils sont admirables et précis maintenant. Mais l'esprit chirurgical est vieux comme le monde ; en aucun temps, les hommes de conscience et d'énergie ne se sont résignés à regarder souffrir et mourir leurs semblables, sans chercher à leur porter secours. La preuve, c'est que la plupart des opérations qui sont aujourd'hui le pain quotidien de la chirurgie hospitalière et à domicile, ont été imaginées ou tout au moins indiquées dans leur principe, par nos devanciers. Avant l'introduction de la méthode de LISTER, basée sur les admirables découvertes de celui qui, par dessus tous peut-être, a été le plus utile à l'humanité, j'ai nommé PASTEUR, la chirurgie a été représentée par des hommes incomparables dont la puissance d'imagination n'égalait que la sûreté de main ; mais hélas, l'infection purulente les arrêtait bien vite dans leur essor, et on a vu des chirurgiens capables d'envolées magnifiques comme MAISONNEUVE, par exemple, découragés, démoralisés, déposer leur bistouri devenu nuisible et refuser d'opérer. Mais puisque ces temps ne sont plus, puisque l'antisepsie et l'asepsie nous ont délivré du joug de l'infection, il est bon, croyons-nous, de dire que nous ne tirons pas encore de ces admirables méthodes, tous les profits et tous les avantages qu'elles sont susceptibles de nous procurer. La doctrine est belle, elle est assise sur des bases définitives, ses formules sont positives et scientifiques, c'est un pur joyau que rien ne peut désormais ternir ; par contre, dans la pratique nous sommes loin encore d'atteindre à l'idéal et nous constatons, par exemple, avec regret, qu'il existe à l'heure actuelle une catégorie d'individus qui, à ce point de vue, n'est guère mieux favorisée qu'il y a cinquante ans ; nous voulons parler des malheureux qu'un accident ou une

affection brusque mettent dans la nécessité de recevoir des soins chirurgicaux rapides, — instantanés devrions-nous dire.

L'organisation des secours aux blessés, — élargissons la question, — l'organisation de la chirurgie d'urgence est, en effet, restée rudimentaire, à peu près partout en France — à Lille comme ailleurs et pas plus qu'ailleurs. Et à vrai dire, nous ne pouvons mettre sur le compte de l'ignorance ce retard si fâcheux dans l'accomplissement d'une œuvre si nécessaire d'humanité. Les succès des ambulances militaires créées en 1792 par le baron LARREY, les services immenses qu'elles ont rendus, auraient pourtant dû, semble-t-il, appeler l'attention des pouvoirs publics et des philanthropes ; les ambulances volantes, donnant rapidement les soins compétents, opérant le transport immédiat des blessés sous le feu de l'ennemi ont prévalu dans l'armée ; rien d'analogue n'a encore été sérieusement tenté jusqu'en ces jours derniers dans la vie civile. Cependant tout le monde admettra sans difficulté que le blessé civil a lui aussi *droit* aux soins chirurgicaux éclairés et aussi rapides que possible. Le blessé sera vous aujourd'hui, peut-être moi demain. Les statistiques montrent que chaque année le nombre des accidents est en progression, et la chose n'est pas pour étonner quand on considère combien ont changé depuis un siècle, combien changent tous les jours nos conditions d'existence. La vie et la circulation sont de plus en plus intenses et fiévreuses parmi les populations urbaines ; la domestication des forces naturelles, leur emploi toujours plus répandu et toujours de plus en plus commode, nous fournissent ce qu'il est convenu d'appeler le confort moderne, mais augmentent un peu partout les chances de danger et les risques d'accident. Les machines sont très pratiques, mais elles sont également inintelligentes et brutales. Cette considération nous pousse à réclamer avec plus d'insistance encore, l'organisation de la chirurgie d'urgence sur des bases qui soient en harmonie avec l'état actuel de la science.

Chirurgie d'urgence veut dire qui ne souffre aucun retard. Les situations où cette chirurgie est appelée à agir sont souvent dramatiques et suscitées par un crime, par une tentative de suicide, par un accident, etc. Dans beaucoup de cas, une opération immédiate et bien conduite pourra sauver la vie de l'individu ou des individus en péril ; dans la plupart des autres cas, l'intervention rapide du médecin sera toujours de nature à améliorer le pronostic de la blessure et à faire avancer l'heure de sa guérison. « Le tableau clinique qu'on a sous les yeux, dit LANNELONGUE, est changeant et divers. S'agit-il d'une blessure pénétrante de l'abdomen, on voit apparaître bien vite les phénomènes les plus effrayants, douleurs vives avec contracture du ventre, nausées, vomissements pénibles et fréquents, sueurs froides, altération profonde des traits de la face, refroidissement des extrémités. Ailleurs le malade asphyxie, il a le visage gonflé, congestionné et noir, il fait les plus grands efforts, s'accrochant à tout pour parvenir à respirer, il n'y parvient pas. Un autre sujet est sans connaissance et dans le coma, son pouls est d'une grande lenteur, sa respiration est stertoreuse. Enfin ce dernier donne l'image de la mort, il est blême et sans mouvements, ses pupilles sont dilatées, son pouls est insensible, il perd tout son sang. »

Nous avons tenu à citer ces lignes tracées par un maître de la chirurgie, mais le tableau, s'il eût pu être moins émouvant, aurait également pu être plus complet et plus vrai, car les situations justiciables de la chirurgie d'urgence sont beaucoup plus nombreuses, et les circonstances n'en sont pas toujours aussi dramatiques.

En première ligne il convient de placer tous les accidents et les traumatismes qui sont susceptibles d'entraîner la mort à très bref délai. En face d'eux, il faut bien reconnaître que, même si nos moyens d'action étaient très perfectionnés et atteignaient l'idéal, nous serons toujours quelque peu désarmés. Il n'en est pas moins très important de faire une distinction entre les cas où la mort se fait attendre quelques heures et ceux où elle peut se produire en quelques minutes ; même dans ces derniers, il faut toujours compter avec les moyens de défense de l'organisme, on a vu par exemple des hémorragies très graves suspendues par une syncope tutélaire ; or, tant qu'il reste un souffle de vie, une lueur d'espoir est permise. Dans les situations graves auxquelles nous faisons allusion, plusieurs facteurs peuvent associer leur action, mais tout le mal peut aussi provenir d'un seul d'entre eux. Nous citerons la syncope, l'hémorragie, l'asphyxie, le choc traumatique.

La syncope survient comme on sait à la suite d'une frayeur, d'une émotion ; elle peut être consécutive à une douleur intense, elle peut être due à une hémor-

ragie, on l'a vue survenir brusquement par déviation du cœur, suite d'un épanchement pleurétique méconnu. La syncope est une sorte de mort apparente, susceptible de devenir réelle dans certains cas, si des soins intelligents ne sont pas donnés au patient. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu ici de passer en revue la thérapeutique de la syncope, contentons-nous de signaler les principaux moyens recommandés qui sont la ligature des membres, la position déclive de la tête, la flagellation des téguments, la respiration artificielle, l'électrisation du diaphragme, des phréniques, du cœur. Cette énumération suffit, d'ailleurs, pour montrer clairement la nécessité de la présence rapide du médecin auprès du malade. Du reste, la syncope est dans certains cas singulièrement protectrice, et elle peut pendant un temps qui, bien entendu, ne doit pas être excessif, jouer un rôle tutélaire, en réduisant au minimum le jeu des fonctions vitales, et beaucoup de blessés et de noyés lui doivent la vie. C'est ainsi par exemple qu'entrait le 17 août dernier à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de notre maître, le professeur FOLET, un jeune homme de 25 ans, très grièvement blessé. Son visage était extrêmement pâle et insensible, les extrémités étaient froides, les pupilles dilatées ; on l'eut cru mort, néanmoins le cœur battait encore faiblement. Cet homme était tombé environ une heure auparavant, à travers un lanterneau qu'il nettoyait et entr'autres blessures il s'était sectionné complètement l'artère humérale au pli du coude. Il avait, bien entendu, perdu une énorme quantité de sang et était tombé en syncope ; un médecin qui se trouvait par hasard dans le voisinage s'était contenté de faire un pansement sommaire et, sans placer même la moindre bande compressive, avait envoyé le blessé à l'hôpital. Nous étions heureusement à ce moment dans le service, une ligature fut bien vite jetée sur l'artère, des enveloppements chauds, des injections de sérum, de caféine, ranimèrent le blessé qui guérit complètement. Il est de toute évidence que si cet homme n'avait pas eu une syncope providentielle, il serait mort d'hémorragie.

Le foudroiement électrique par courants puissants ou par la foudre elle-même, serait, d'après des travaux récents, assez voisin de la syncope ; M. d'ARSONVAL a en effet démontré, à l'Académie des Sciences, que des foudroyés en apparence mortellement frappés sont parfaitement susceptibles d'être rappelés à la vie si on intervient immédiatement, par la respiration artificielle, scientifiquement pratiquée. D'ARSONVAL a même mis au défi les électrocuteurs américains de pratiquer la respiration artificielle sur les condamnés à mort exécutés par leurs formidables décharges.

Il est inutile d'insister sur l'importance de cette notion scientifique à l'heure où dans notre ville se multiplie le nombre des dynamos puissants et des appareils de distribution de l'énergie électrique.

L'hémorragie ou plutôt les hémorragies peuvent être suivies de mort très rapide si un gros vaisseau est sectionné ; le cas est assez rare ; il est à remarquer au contraire que c'est ordinairement une artère d'un calibre très moyen qui est en cause ; ainsi, une branche de la méningée moyenne déchirée par une fracture du crâne amène lentement la mort par compression du cerveau (cet exemple est mal choisi, car l'action est complexe), une artère mésentérique vide le sang du sujet dans la cavité péritonéale, une artère intercostale dans la cavité pleurale, et il nous souvient d'avoir au début de nos études assisté à l'autopsie d'un individu mort d'une hémorragie de la temporale sectionnée au cours d'une rixe. Or, dans ce cas, il suffit d'une pince hémostatique, d'une simple ligature pour écarter tout danger. Mais d'autres fois, la source du sang est plus riche, c'est le foie, c'est la rate, c'est le rein qui sont rupturés par contusion abdominale et des vaisseaux de gros calibres donnent. Dans ces conditions, il est difficile d'arracher sa proie à la mort, le sang s'écoule trop rapidement ; et cependant il est encore des cas « limite » où le chirurgien devrait pouvoir tenter cet effort. Qu'on me permette d'en citer un exemple. Au mois d'avril dernier, j'étais, à neuf heures du soir, en qualité de médecin de la Compagnie du Nord, appelé à la gare des voyageurs pour donner mes soins à un agent tamponné au cours d'une manœuvre. L'accident s'était produit environ une demi-heure auparavant, le blessé était étendu sur un grabat, inerte, très pâle, quasi-froid, le pouls incomptable et à peine frappé, présentant tous les signes d'une hémorragie interne, répondant encore néanmoins aux questions, la région splénique était très douloureuse, le flanc gauche présentait de la matité, on le devinait distendu par le sang qui s'écoulait dans le ventre, car il s'agissait bien d'une rupture de la rate. Que fallait-il faire à cet homme pour tarir son hémorragie ? Lui ouvrir le ventre, et avant toute autre intervention placer une pince sur le pédicule de la rate ; seul, sans aides, sans instru-

ments, sans antiseptiques, sans anesthésiques, sans sérum artificiel, je ne pouvais y songer. Je dus donc, maudissant mon impuissance, me résigner à envoyer cet homme à l'hôpital. Pour cette besogne, il fallut : 1° détacher, au détriment des services, des agents pour aller chercher une civière ; 2° charger le blessé sur cette civière et le transporter ensuite à pied jusqu'à l'hôpital Saint-Sauveur. La charge était lourde et les six hommes furent à plusieurs reprises obligés de se reposer : le malheureux mourut en route. Si l'assistance chirurgicale avait été organisée comme elle devrait l'être, j'estime que j'aurais pu être à même de pratiquer une intervention une heure avant la mort du blessé — peut-être aurait-il guéri.

L'asphyxie reconnaît plusieurs causes, dont la principale est l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes : ce corps étranger peut être solide, liquide, gazeux, dans ce dernier cas il peut avoir en outre une action toxique. Dans ces cas la première indication, c'est de donner de l'air en plus grande quantité et avec le plus de rapidité possible. Les soins doivent être dirigés d'une façon intelligente et scientifique, ils doivent être prolongés suffisamment longtemps, et tout le monde aujourd'hui sait que la respiration artificielle, que la flagellation ont ramené à la vie des noyés en état de mort apparente. Les corps étrangers solides doivent être enlevés le plus tôt possible et si leur extraction n'est pas praticable, il ne faut pas hésiter à recourir à la trachéotomie pour rétablir la perméabilité des voies aériennes. Il me souvient d'avoir, à l'hôpital même, ramené à la vie un individu qui asphyxiait d'une façon peu banale d'ailleurs. Cet homme était un paralytique à moitié gâteux et incapable de prendre lui-même sa nourriture ; un infirmier était chargé de lui donner à manger et était sans doute peu enchanté de cette besogne, car il s'en acquittait le plus rapidement possible, il enfonçait dans la bouche morceaux sur morceaux si bien qu'un jour il lui arriva d'entasser jusque dans le larynx une quantité énorme de purée de pommes de terre, le pauvre homme privé d'air, retomba sur son lit, asphyxiant et violacé et bientôt ne fit plus aucun mouvement. L'infirmier, pris de peur, courut conter la chose à la sœur de service qui me fit prévenir aussitôt, j'accourus et introduisant la main dans la bouche, j'allai avec les doigts retirer du larynx la bouillie entassée, au prix d'égratignures que me firent les chicots dont était garnie la bouche du vieillard que la respiration artificielle parvint à ranimer ; mais il était temps.

Le choc traumatique — qu'on écrit également shock — n'est peut-être pas bien connu anatomiquement parlant, mais il l'est beaucoup mieux au point de vue physiologique, étant très voisin des phénomènes d'inhibition. Sa gravité est réelle, le système nerveux semble ne plus fonctionner qu'avec peine et le patient se trouve plongé dans un état de faiblesse et de dépression extrêmes, dont il importe de le tirer au plus tôt, surtout quand une intervention chirurgicale est reconnue urgente, le blessé en état de choc traumatique ne résisterait pas à l'adjonction d'un nouveau choc : le choc opératoire. Il faut faire entrer en jeu tous les stimulants, les injections d'éther, de caféine, les lavements d'alcool, les injections de fortes doses de sérum artificiel, les grands enveloppements chauds. Ces pratiques ont ordinairement le don de ranimer le blessé, mais sans elles, l'énergie et la résistance vitales ne seraient pas dans tous les cas suffisantes pour l'empêcher de succomber.

A la suite de ces grands accidents, nous devons, semble-t-il, placer dans l'énumération que nous sommes en train de faire, des lésions d'une nature différente, dans lesquelles l'intervention rapide est absolument urgente, bien que la mort ne soit plus fatale à aussi brève échéance. Ces lésions s'accompagnent de plaies, qui sont l'origine d'une infection qui s'établit en même temps que la blessure, reste insidieuse pendant quelques heures, mais bientôt passe au premier rang et domine la scène : les déchirures de l'intestin d'abord, celles plus rares de la vessie en sont de très beaux exemples. La plaie intestinale laisse s'écouler dans la cavité péritonéale le contenu de l'intestin ; ce contenu est éminemment septique et toxique, il cause l'inflammation du péritoine, or cette péritonite est presque fatalement mortelle si une intervention ne débarrasse pas la cavité séreuse des matières septiques avant qu'elles aient eu le temps d'agir. Le fait véritablement important c'est donc la rapidité de l'intervention ; les chiffres, à cet égard, sont d'une éloquence irrésistible, les statistiques nous montrent que, après trente-six heures, les laparotomies pour contusion de l'abdomen ne sont pas suivies de succès et ceux-ci sont d'autant plus nombreux que la date de l'opération est plus rapprochée de l'accident. Citons ces deux exemples, l'un est une intervention faite trop tard, l'autre une inter-

vention faite dans de bonnes conditions. Le 8 janvier 1895 (1) B..., maçon, était avec un autre ouvrier occupé à hisser des pierres dans un chantier. La corde étant venue à casser, les deux ouvriers furent précipités à terre d'une hauteur de cinq mètres de la façon suivante : B... en dessous tomba sur le dos, et son camarade vint s'abattre sur lui. Celui-ci en fut quitte pour une légère blessure du pied ; quant à B.., outre une plaie assez grande de la lèvre inférieure il ressentait une violente douleur dans le ventre. Néanmoins, il se releva et vint à pied à l'hôpital. Il se plaignait beaucoup plus de sa lèvre que de sa douleur abdominale. Devant l'état anfractueux et déchiqueté de la plaie labiale, l'interne de garde ne crut pas devoir tenter la réunion et fit entrer le malade à l'hôpital sans se préoccuper de la douleur du ventre plus que le blessé lui-même, ce qui paraîtra fort excusable.

Le malade entre dans l'après-midi dans le service du professeur Folet. Le lendemain à la visite, on trouve B .. dans l'état suivant : le ventre assez fortement tendu par la contraction des muscles abdominaux n'est pas très douloureux à la pression. La percussion donne une sonorité généralisée à tout l'abdomen. Exagérée nulle part, elle est très nette *dans l'hypochondre droit*, elle va en diminuant au fur et à mesure qu'on descend dans lès flancs, où il y a un peu de submatité dans les parties déclives. Le malade a vomi une fois dans la matinée ; les matières vomies sont jaunâtres, ne contiennent pas de sang et n'ont pas l'odeur fécaloïde. Il n'y a pas eu de selles sanglantes, il y a eu une fois dans la soirée et une fois le matin émission d'urine en quantité suffisante. Actuellement la vessie est vide. La température est à 37,5 ; le pouls rapide, petit, faible, est à 120. L'état général n'inspire pas grande confiance. Se basant surtout sur la sonorité anormale de la région hépatique, sur la dissociation du pouls et de la température, M. Folet soupçonne une déchirure de l'intestin et décide la laparotomie exploratrice.

Opération. — En règle avec l'antisepsie, incision de la peau sur la ligne médiane du pubis à l'ombilic. On trouve le tissu cellulaire sous-péritonéal infiltré par une sérosité abondante. Aussitôt le péritoine ouvert en un point, s'échappe un flot de liquide jaunâtre de même aspect que celui des vomissements et sans grande odeur. Le péritoine est épaissi et violacé, les anses intestinales couvertes de fausses membranes grisâtres sont agglutinées et également très enflammées. Néanmoins elles ne sont pas très dilatées. Assèchement du péritoine ; en plongeant la main dans le flanc gauche on ramène un lombric vivant qui vient en frétillant confirmer le diagnostic. Le liquide péritonéal enlevé on peut inspecter les anses intestinales, en décollant avec précaution les adhérences inflammatoires qui les unissent. Le dévidement méthodique de l'intestin permet bientôt de constater une première perforation grande comme un pois, siégeant sur la face antérieure de l'iléon. Cette perforation est obstruée par un bouchon muqueux et n'a pu donner issue au contenu intestinal. Jusqu'à présent le blessé paraît assez bien supporter l'opération, on lui fait néanmoins une piqûre d'éther. Le dévidement de l'intestin continué, permet enfin de trouver la lésion capitale : à quelques centimètres de l'union du jéjunum et du duodénum, l'intestin est complètement *sectionné*, les deux bouts un peu éloignés l'un de l'autre, sont assez facilement reconnus grâce à la couleur rouge et aux plis multiples de la muqueuse éversée. Les deux segments sont alors attirés au dehors avec une pince, et M. Folet, étant donné le siège élevé de la rupture, malgré que le blessé baissât visiblement, se décide à faire l'entéroraphie ; cette opération est aussitôt exécutée, mais le malade, reporté dans son lit, y meurt une demi-heure après.

Voici maintenant le récit d'un cas plus heureux : M..., Charles, 17 ans, imprimeur, entre le 3 août 1898, à huit heures et demie du soir, à l'hôpital Saint-Sauveur, salle Saint-Jean, service du professeur Folet, que j'ai l'honneur de suppléer. Ce jeune homme, en se promenant dans les fortifications de Lille, vers sept heures du soir, a reçu un coup de feu tiré par un chasseur à cheval, de faction dans les jardins militaires. Le coup a été tiré de bas en haut, les jardins étant situés à un niveau très inférieur à celui des remparts. Transporté d'urgence à l'hôpital, je le vois environ trois heures après l'accident. Je me trouve en face d'un blessé dont la présence d'esprit est complète, il m'explique avec clarté dans quelles circonstances l'accident s'est produit et montre quelle était sa position et celle du soldat qui a tiré. Il est très calme, mais sa face est pâle et les traits légèrement anxieux. Il se tient immobile dans son lit, se plaignant de douleurs dans le ventre. Le pouls bat

(1) Cette observation a été publiée par nous à cette époque dans le *Bulletin Médical*.

à 90, les pulsations sont plutôt faibles ; il vient d'avoir un vomissement.

L'abdomen découvert, il est facile de voir à droite, un orifice circulaire de un centimètre de diamètre environ aux bords un peu déchiquetés et noirâtres. Cet orifice laisse suinter du sang noir en petite quantité. Le ventre n'est pas ballonné. A la palpation, on perçoit que la paroi abdominale est violemment contractée surtout du côté droit où la main rencontre une résistance invincible et le véritable ventre en bois. Cet examen est douloureux. Cette douleur est diffuse et généralisée à tout l'abdomen, peu vive cependant, plus prononcée à droite qu'à gauche. La percussion ne fournit aucun renseignement, la région hépatique est mate. En présence de ces symptômes, je ne crus pas devoir différer l'intervention et je pratiquai la laparotomie avec l'aide de M. Chatelein, interne des hôpitaux. M. Leroy, interne de garde, donnait le chloroforme.

Je pensais bien trouver une lésion intestinale du côté droit, néanmoins je fis la laparotomie sur la ligne médiane. Le péritoine à peine ouvert, il s'échappa une certaine quantité de gaz et il s'écoula un peu de sang mélangé à des liquides intestinaux. Allant immédiatement à la lésion de l'intestin, je recherchai l'anse cœcale afin de pratiquer le déroulement méthodique du tube digestif. Cette recherche me permit de constater que la fosse iliaque droite et le petit bassin étaient souillés par des matières fécales épaisses et verdâtres.

Je fis aussitôt un premier essuyage au moyen de compresses de gaze un peu humides et je m'occupai des perforations. J'en trouvai neuf, échelonnées sur une étendue de 1 m. 50 environ, appartenant à la dernière partie de l'intestin grêle. Par chacune d'elles fusaient des gaz et des matières, ayant les caractères déjà énoncés. Sept de ces perforations étaient circulaires et analogues comme aspect à la plaie cutanée produite par la balle : les deux autres avaient des dimensions plus considérables dans le sens de la longueur, le bord libre de l'intestin ayant été blessé suivant son grand axe sur une étendue d'au moins deux centimètres. Le péritoine viscéral et celui qui tapisse la fosse iliaque étaient déjà congestionnés, des arborisations vasculaires se dessinaient nettement, les anses intestinales avoisinantes paraissent légèrement dilatées.

Les perforations furent rapidement suturées à la Lembert par un surjet à la soie fine. Cette suture, bien que simple quand elle est soigneusement faite et de peu d'étendue, me paraît posséder des qualités suffisantes de solidité, tout en exigeant le minimum de temps et en occasionnant le minimum de rétrécissement du calibre intestinal. Un drain fut placé dans le flanc droit, un autre dans le petit bassin et le ventre fut rapidement refermé. L'opération avait duré cinquante minutes, pendant lesquelles le malade avait reçu un litre de sérum artificiel. Le pouls n'avait subi aucune modification, il n'y avait pas de choc. La nuit fut bonne grâce à la morphine et à l'opium qui assurèrent l'immobilité de l'intestin.

Après quelques accidents occasionnés par la suppuration de la plaie opératoire, le blessé se rétablit complètement et sa guérison est aujourd'hui absolument parfaite.

Nous ne voulons pas quitter l'intestin, sans consacrer quelques lignes à un accident très fréquent parce que le nombre des individus qui y sont exposés est très considérable : l'étranglement herniaire. On prétend que, passé l'âge de 40 ans, un tiers de l'humanité est atteint de l'infirmité de la hernie. Or il est de toute nécessité d'appliquer très rapidement un traitement convenable à la hernie étranglée. On dit dans les classiques, qu'en présence d'une hernie devenue irréductible, on ne doit quitter le patient qu'elle ne soit réduite ; encore faut-il tenir grand compte de l'âge de l'étranglement, et on doit savoir — nous l'avons souvent entendu répéter par notre maître le professeur Folet — que passé 24 heures, il peut devenir très dangereux de réduire une hernie par le taxis. Après ce délai, il est préférable d'aller au moyen d'une incision débrider l'anneau d'étranglement et examiner l'intestin au niveau de la striction. Sinon, on est exposé à des insuccès dont voici un exemple : j'ai publié dans l'*Echo Médical du Nord* une observation très probante à cet égard, je la résume. J'étais appelé un soir auprès d'une femme qui venait d'entrer à l'hôpital pour une hernie étranglée depuis deux jours, je l'examine, et ne trouve pas de hernie ; mais la malade me raconte que son médecin, à la trentième heure de l'étranglement, était parvenu, après des manœuvres pénibles et prolongées, à rentrer sa hernie dans l'abdomen. Comme les accidents ne s'amendaient pas, il lui avait conseillé de venir à l'hôpital. J'opère et je trouve une péritonite : l'anse intestinale réintégrée dans le ventre par le taxis s'était

perforée et avait laissé échapper son contenu dans le péritoine. La femme mourut.

Les traumatismes des membres qui comprennent la plupart des blessures industrielles sont, par suite de leur grande fréquence, appelés à fournir le plus de travail à la chirurgie d'urgence. Les fractures fermées, les luxations demandent à être reconnues et réduites le plus tôt qu'il est possible. Des inconvénients considérables peuvent résulter d'un retard dans les secours médicaux : un fragment osseux, dans un mouvement intempestif du membre blessé, peut causer des déchirures sous-cutanées, perforer la peau, faire saillie à l'extérieur, et transformer une fracture fermée en fracture compliquée, une thérapeutique maladroite peut être mise en pratique par un entourage mieux intentionné qu'instruit ; on connaît par exemple l'engouement du public pour les sangsues, or ces animaux, pour sucer le sang, sont obligés de faire des plaies en des points où il n'en existait pas, et ces plaies restent ordinairement sans pansement antiseptique ; aussi les voit-on parfois servir de portes d'entrée à des infections souvent sérieuses ; un nommé PATIN a été longtemps célèbre dans le service du professeur FOLET ; ce PATIN aurait failli succomber à un érysipèle consécutif à l'emploi des fameux annélides ; son état avait été tellement grave que deux médecins de la compagnie où il était employé avaient, après s'être consultés, rédigé un bulletin dans lequel ils annonçaient sa mort comme fatale ; or PATIN guérit par miracle, finit par se rétablir tout à fait ; mais quand il se présenta pour reprendre son travail, ses chefs, s'en rapportant au certificat médical refusèrent énergiquement, lui objectant qu'il devait être mort.

Dans les fractures compliquées, la nécessité de l'intervention hâtive et convenablement conduite s'impose plus impérieuse encore. Ce sont des traumatismes très graves, à ce point graves que nos devanciers pratiquaient presque toujours d'emblée l'amputation au-dessus de la fracture parce qu'ils manquaient de moyens nécessaires pour laver et désinfecter toutes les anfractuosités du foyer. Aujourd'hui nous visons plus haut et notre but est beaucoup plus ambitieux, car nous prétendons conserver non-seulement l'individu, mais le membre fracturé lui-même ; l'expérience montre d'ailleurs que dans l'immense majorité des cas, le succès couronne nos tentatives de conservation. La chirurgie conservatrice désinfecte minutieusement toutes les surfaces exposées, elle résèque les extrémités osseuses, les réduit, assure leur coaptation, et empêche par le drainage la stagnation des liquides sécrétés. Ainsi sont reculés les dangers de la septicémie et des gangrènes infectieuses. La sollicitude du chirurgien peut avoir une action plus étendue encore, plus prévoyante : en cas de plaie souillée de terre, d'accident survenu chez un individu qui approche les chevaux, il faut songer à la possibilité de l'inoculation du bacille de NICOLAIER, cause du tétanos, dont les effets funestes seront victorieusement détruits par une injection préventive de sérum antitétanique — dans ces conditions et à cette heure l'action préservatrice du sérum est certaine.

Ce que nous venons de dire des plaies compliquant les fractures, s'applique également aux plaies simples et banales, car les dangers et les méfaits de l'infection sont toujours à peu près les mêmes. Quand un microbe pathogène est introduit dans une plaie, sur beaucoup de points règne une obscurité qui nous rend anxieux comme tout ce que nous connaissons mal, car c'est l'inconnu aussi bien pour ce qui concerne sa virulence que pour la façon de lutter dont est capable l'organisme. Une autre question non moins importante, c'est la rapidité de la guérison et aussi sa perfection. Supposons une plaie quelconque des doigts par exemple, abandonnons-la à elle-même ou aux soins de l'entourage ; immédiatement des pansements bizarres vont être appliqués et nous allons voir entrer en scène les pommades, les cérats, les remèdes de bonne femme ; dans les premières heures surtout, la blessure sera lavée et pansée d'une façon malpropre avec une eau douteuse (1), des linges plus ou moins souillés.

Après un pareil traitement, il est juste que la plaie suppure, et même si, par la suite, des pansements antiseptiques sont prescrits par un médecin, ils sont impuissants pendant longtemps à tarir la suppuration. Celle-ci n'offre pas d'ailleurs dans tous les cas, une gravité excessive, ne se complique pas fatalement d'adénites, de phlegmons, le pus peut ne pas fuser dans le tissu cellulaire, ni occasionner des décollements et des collections à distance — cependant, même dans les cas les plus simples, la suppuration retarde considérablement la guérison et cette guérison s'obtient à moins bon compte ; la réparation

(1) Le contraire peut arriver, et nous avons vu employer une eau phéniquée trop forte ; résultat : gangrène phéniquée qui nécessite l'amputation du doigt.

d'une plaie qui a suppuré exige une grande quantité de tissu cicatriciel, tissu douloureux souvent, inodulaire et rétractile toujours ; cette dernière propriété est cause de déformations secondaires, de doigts en griffe, d'ankyloses, etc. La désinfection des plaies faite dans de bonnes conditions, exercera donc comme nous le disions une influence heureuse sur la perfection du résultat et l'époque de la guérison.

Dans un autre ordre d'idées, nous attirerons l'attention sur les cas où le médecin se trouve en présence d'infections comfirmées qu'il s'agit de désinfecter en grande hâte. Telle, la péritonite par rupture de l'intestin dont nous avons déjà dit deux mots, telles aussi la péritonite par perforation spontanée, la péritonite d'origine appendiculaire. L'intervention pratiquée dans les premières heures peut arriver à enrayer le processus infectieux ; la désinfection par la laparotomie, le nettoyage, le lavage de la cavité abdominale, le drainage pourront faire merveille et comptent à leur actif quelques guérisons non douteuses. Il est probable que certaines méningites bénéficieraient également des interventions précoces, mais de ce côté la question n'est pas encore suffisamment avancée pour que nous osions insister.

Les ostéomyélites infectieuses aiguës, affections si graves autrefois, sont souvent enrayées par la trépanation osseuse large et surtout précoce ; de 60 0/0 leur mortalité est tombée à 8 0/0 ; ces chiffres sont suffisamment éloquents et nous jugeons inutile d'insister, car notre énumération est déjà bien longue et nous craignons de la voir devenir fastidieuse ; aussi ne ferons-nous qu'indiquer le rôle que la chirurgie d'urgence peut encore jouer dans certaines affections d'origine congénitale ; ces affections sont surtout des malformations incompatibles avec l'existence comme les imperforations de l'anus et de l'urèthre, l'ectopie du cœur, etc.; or certaines opérations sur lesquelles il serait trop long de nous étendre, sont parfaitement de nature à sauver la vie des petits malades.

(A suivre.)

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du rapport sur le Traitement de la mort apparente du nouveau-né
Par B. S. Schultze, Iéna.

L'asphyxie des nouveau-nés, au moment de la naissance, est le résultat d'une entrave à la respiration placentaire au cours de l'accouchement.

Paul Cazeaux est le premier qui émit cette opinion en opposition avec d'autres doctrines ayant prévalu autrefois. — Il dit (en 1850) : « Dans tous les cas, l'asphyxie des nouveau-nés est évidemment le résultat de la suspension de la respiration placentaire ».

L'asphyxie des nouveau-nés est donc une sorte d'étouffement, — étouffement dont l'action peut être interrompue et qui n'entraîne pas absolument après lui la mort.

Le traitement consiste à mettre en mouvement le plus tôt possible la respiration pulmonaire. J'insiste sur les mots « le plus tôt possible ». Déjà, en 1812, Legallois avait constaté — fait important — que plus un organisme est jeune, mieux il peut — sans mourir — se passer de respiration. Chez beaucoup d'enfants, nés en état de mort apparente, la limite au delà de laquelle le pouvoir respiratoire serait perdu pour eux est bien près d'être atteinte, et tant que la circulation se continue, le sang devient de plus en plus pauvre en oxygène.

L'état veineux du sang — stimulant normal de la respiration — est, chez l'enfant né en état d'asphyxie, déjà fort au-dessus de la normale ; il ne provoque plus le réflexe médullaire.

La moelle peut encore réagir sous l'influence d'autres irritations. Un des meilleurs stimulants est, par exemple, l'effet du froid sur la peau ; une immersion passagère, jusqu'au cou, dans l'eau froide, donne un résultat plus heureux parce qu'il est plus rapide que les tractions rythmées de la langue dont on a parlé récemment (Laborde).

Quand l'asphyxie a atteint un degré encore plus marqué, la moelle de l'enfant ne réagit plus. Alors, il faut que nous fassions tout notre possible pour rétablir l'excitabilité de la moelle. Nous n'obtiendrons ce résultat qu'en amenant vers la moelle du sang riche en oxygène, — et nous ne pouvons l'y amener que par la voie de la circulation. — Le but à atteindre est donc de rétablir les échanges pulmonaires et de mettre en mouvement le sang dans les vaisseaux.

Par l'insufflation de l'air, on a amené beaucoup d'enfants, nés en état d'asphyxie, à respirer régulièrement. En effet, après la première ou la deuxième inspiration, les battements du cœur s'accélèrent un peu ; mais si l'asphyxie est très profonde, le cœur bientôt s'arrête. L'inspiration de l'air augmente la pression des gaz au dedans du thorax autant que les pressions sur la poitrine avec la main pour imiter l'ex-

piration. Mais ce procédé n'active pas la circulation du sang.

Les meilleurs procédés sont ceux qui, agissant directement sur la paroi thoracique, provoquent à l'intérieur de la cage thoracique des variations notables et régulières de la pression atmosphérique.

La méthode de Marshall-Hall réussit peu chez le nouveau-né dont le thorax possède son équilibre élastique dans la position d'expiration. Très efficace est le procédé de Sylvester. Mon procédé de balancement de l'enfant (*Schwingen*) amène de plus grandes variations de la pression atmosphérique à l'intérieur du thorax (25 centimètres cubes d'air traversaient par chaque aspiration les poumons lors de mes expériences sur des enfants mort-nés). Par de telles variations, on met immédiatement en mouvement — et énergiquement — les mouvements de pompe du cœur. On rétablit la différence de la tension entre la colonne de sang artériel et celle de sang veineux, et on met ainsi en mouvement la circulation capillaire. De cette façon, on transporte le plus rapidement possible du sang artériel vers la moelle ; celle-ci retrouve son excitabilité et devient capable d'obéir au besoin de respirer.

En peu de mots voici ma règle de conduite dans le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés :

1. Si l'enfant est d'un rouge-bleu, s'il existe encore quelque tension des muscles, laissez-le en communication avec le cordon ombilical tant que vous y percevrez des battements. Enlevez de sa bouche les mucosités qu'il a pu aspirer, — excitez ses réflexes cutanés. S'il ne réagit pas immédiatement, coupez le cordon ombilical, plongez rapidement et très peu de temps l'enfant dans de l'eau bien froide, puis mettez-le dans un bain chaud. Répétez ces immersions jusqu'à ce que l'enfant crie à haute voix.

2. Si le corps de l'enfant a la pâleur et la flaccidité d'un cadavre immédiatement après la mort, ne comptez pas obtenir quoi que ce soit par l'irritation des réflexes, car vous perdrez par là un temps précieux. Sectionnez de suite le cordon ombilical, enlevez toutes les mucosités qui peuvent éventuellement se trouver dans la bouche ou dans le pharynx, en avançant et en pressant la base de la langue de façon à faire monter l'épiglotte, puis soumettez l'enfant ensuite à la respiration artificielle, soit par la méthode de Sylvester, soit par la mienne en balançant l'enfant. Commencez par un branle d'expiration prolongé. Il n'y a pas de meilleur moyen pour chasser non seulement des grosses, mais encore des petites bronches, les mucosités qui ont été aspirées. Après avoir fait passer l'enfant de la position d'expiration à celle d'inspiration huit ou dix fois dans une minute, plongez-le dans un bain chaud, et observez-le : vous verrez que les battements du cœur deviennent meilleurs et plus fréquents, que la peau rougit, que la tension des muscles réapparaît. Si en peu de temps vous n'avez pas réussi, recommencez à balancer l'enfant après le bain. Le mouvement d'expiration cause ordinairement la première inspiration spontanée ; puis on met l'enfant tout de suite dans un bain chaud. Si pourtant la respiration reste superficielle, plongez l'enfant dans l'eau glacée. L'enfant réagit tout de suite : il fléchit fortement les cuisses et crie à haute voix : la moelle répond maintenant à l'excitation des réflexes.

Ne considérez jamais un enfant, né en état d'asphyxie, comme ranimé complètement avant qu'il ne crie avec continuité et bruyamment.

Résumé du rapport
Sur les résultats éloignés des différentes méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre

Par J. Albarran.

Conclusions. — L'étude comparée des résultats éloignés obtenus par les différentes méthodes de traitement dans les rétrécissements de l'urètre, conduit à séparer nettement, d'un côté, les rétrécissements dits inflammatoires et, d'un autre côté, les rétrécissements traumatiques. Dans chacune de ces deux catégories il faudrait encore établir de nombreuses divisions suivant le siège, le nombre, l'étendue et le degré du rétrécissement lui-même, ainsi que suivant les complications qu'ils peuvent présenter. Les différentes méthodes ont des indications dissemblables et, suivant les cas où il s'applique, le même traitement pourra donner des résultats éloignés absolument dissemblables. Nous ne pouvons que dire d'une manière très générale ce qu'on est en droit d'attendre de leur emploi.

I. *Rétrécissements inflammatoires non compliqués.* — Au point de vue de la fréquence des récidives, on peut classer ainsi les principaux modes de traitement des rétrécissements de l'urètre : électrolyse, dilatation progressive, urétrotomie interne, urétrotomie externe, résection et opérations autoplastiques.

L'*électrolyse* pratiquée par le procédé rapide, en une séance, donne lieu à des récidives d'autant plus rapides que la dilatation consécutive est moins prolongée. Les résultats éloignés de l'électrolyse par le procédé lent, paraissent un peu meilleurs, mais les documents publiés ne permettent pas de juger le procédé à ce point de vue.

La *dilatation progressive* doit être méthodiquement conduite jusqu'au n° 60 Beniqué : il faut s'efforcer en outre de rendre au canal sa souplesse, de supprimer les brides que le passage de l'instrument efface, de guérir l'urétrite qui accompagne le rétrécissement et de tarir toutes les sources d'infection urétrale et périurétrale. A ces conditions on peut obtenir de bons résultats éloignés par la dilatation progressive, mais, sauf dans les cas légers, les résultats obtenus ne seront conservés que par l'entretien du calibre du canal au moyen de périodes successives de cathétérisme dilatateur.

L'*urétrotomie interne* ne peut guère être considérée que comme le premier temps de la dilatation progressive. Elle paraît donner de meilleurs résultats lorsqu'on pratique des sections multiples que lorsqu'on ne fait que la section unique, mais quel que soit le procédé employé, les résultats ne seront durables que si on arrive après une ou plusieurs opérations et par la dilatation consécutive à placer l'urètre dans les conditions mentionnées à propos de la dilatation progressive. La récidive est aussi bien à craindre après la dilatation progressive qu'après l'urétrotomie interne.

L'*urétrotomie externe* donne des résultats éloignés supérieurs à ceux des méthodes précédentes, mais cette opération n'est applicable qu'aux rétrécissements limités. Certains malades sont restés guéris après l'urétrotomie externe sans avoir pris de soins consécutifs : ces exemples sont rares et la récidive n'est guère évitée que par la dilatation régulièrement entretenue après l'opération.

La *résection de l'urètre* dans les rétrécissements inflammatoires limités de la région périnéo-scrotale donne des résultats éloignés comparables ou supérieurs à ceux de l'urétrotomie externe : lorsque le rétrécissement est susceptible d'être extirpé complètement, on peut espérer que la guérison se maintienne sans traitement consécutif. Dans la région pénienne les résections étendues exposent à l'incurvation de la verge.

II. *Rétrécissements inflammatoires compliqués de tumeurs et fistules urineuses.* — Dans ces cas la dilatation progressive et l'urétrotomie interne deviennent insuffisantes. L'urétrotomie externe, et mieux encore la résection partielle ou totale de l'urètre, donnent les meilleurs résultats éloignés.

Les opérations autoplastiques n'ont guère été pratiquées que dans des cas particuliers peu comparables à ceux dans lesquels ont été faites les autres opérations.

III. *Rétrécissements traumatiques.* — La dilatation progressive est ici insuffisante à assurer une guérison de quelque durée ; il en est de même de l'urétrotomie interne, quel que soit le nombre des sections. Avec ces modes de traitement la récidive est rapide.

L'urétrotomie externe, donne de meilleurs résultats, mais expose aussi aux récidives malgré des soins consécutifs réguliers.

La résection de l'urètre est l'opération de choix : elle réussit mieux dans les rétrécissements traumatiques que dans les inflammatoires et peut conduire, d'emblée, à la guérison définitive.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un Régimen sanitatis récent

Tout historien de la médecine se souvient du « Regimen sanitatis » que l'Ecole de Salerne adressait au roi d'Angleterre. Le *Lyon médical* fait ressusciter ce régime par le contenu et par la forme dans son dialogue aux tuberculeux.

Toujours air pur respireras,
Dès le début du traitement.

A l'air libre t'exerceras
Pour te guérir promptement.

Qu'uniforme soit le climat
Est précepte très important.

Par le temps frais tu porteras
Des habits chauds, suffisamment.

Avec Phœbus te lèveras,
Te coucheras pareillement.

Travail quelconque ne feras
Qu'en dehors de l'appartement.

Jamais de part tu ne prendras
Qu'aux jeux le thorax dilatant.

D'être propre il t'importera
En toute chose absolument.

Des précautions tu prendras
Contre le refroidissement.

Vénus tu ne fréquenteras
Mais mangeras abondamment.

(*Janus.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nouvelles Consultations externes à l'Hôpital St-Sauveur.

L'administration des Hospices vient de créer, à l'Hôpital Saint-Sauveur, les consultations suivantes :

1° Une consultation pour les femmes enceintes, confiée à M. le docteur Oui, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine. Cette consultation aura lieu les mercredi et vendredi, à 9 heures.

2° Une consultation de laryngologie, confiée à M. le docteur Gaudier, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine. Cette consultation aura lieu les mercredi et vendredi, à 9 heures.

3° Une consultation dentaire, confiée à M. le docteur Caumartin, chirurgien-dentiste, diplômé de l'Ecole de Paris. Cette consultation se fera les mardi, jeudi et samedi, à 10 heures 1/2.

***

Examen de validation de stage

La session d'examens de validation de stage pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re ou de 2e classe s'ouvrira à la Faculté le 30 octobre prochain, à 8 heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté du 8 au 20 octobre inclusivement.

A cet effet, ils devront produire :

1° Une expédition dûment légalisée de leur acte de naissance ;

2° Les certificats qui leur auront été délivrés au greffe des justices de paix ou au Secrétariat des Facultés ou Ecoles dans la circonscription desquelles ils auront accompli leur stage, lesdits certificats justifiant d'un stage de trois années au moins.

En outre, les aspirants au Diplôme de 1re classe auront à fournir un diplôme de Bachelier, les aspirants au Diplôme de 2e classe auront à fournir le Certificat d'études institué par le décret du 25 juillet 1893, à moins qu'ils n'aient obtenu, *avant le 1er novembre 1887*, soit le Certificats d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le Certificat de grammaire complété par l'examen scientifique.

L'examen de validation de stage comprend :

1° La préparation d'un médicament composé inscrit au *Codex* ;

2° Une préparation magistrale :

3° La détermination de 30 plantes appartenant à la matière médicale et de 10 médicaments composés ;

4° Des questions sur diverses opérations pharmaceutiques.

Examen initial des élèves sages-femmes

Une session pour l'examen initial exigé, en vertu du décret du 25 juillet 1893, des aspirantes au titre de sage-femme de 2e classe, préalablement à leur admission aux cours institués en leur faveur dans les Facultés de Médecine, sera tenu à la Faculté de Médecine le 24 septembre 1900, à 9 heures du matin.

Les aspirantes devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, rue Jean-Bart, du 3 au 15 septembre inclusivement.

Elles devront produire à cet effet :

1° Leur acte de naissance sur timbre, dûment légalisé ;

2° Un certificat de bonnes vie et mœurs ;

3° Un extrait de leur casier judiciaire :

4° Le consentement écrit de leurs parents, de leur tuteur ou de leur mari (suivant leur état civil) ;

5° Si elles sont mariées, un extrait de leur acte de mariage ;

6° Un certificat de vaccine.

***

Nomenclature des thèses soutenues devant la Faculté de Médecine de Lille pendant l'année scolaire 1899-1900

Doctorat en Médecine

Julien. — Recherches sur les suites éloignées de l'opération de la castration chez la femme et sur la valeur de l'opothérapie ovarienne.

Théret. — Contribution à l'étude de l'accouchement spontané dans les bassins viciés.

Sutter. — Fistules vaginales de l'uretère.

Brongniart. — Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'hypersécrétion sudorale chez les tuberculeux.

Lamotte. — De la conduite à tenir dans le cours d'une attaque aiguë d'appendicite.

Beaugrand. — Des paralysies traumatiques des muscles de l'œil (d'origine orbitaire).

Debionne — L'équilibre vital.

Gountcheff-Ivanoff. — La pratique des accouchements en Bulgarie.

Poulain. — Recherches sur le dosage de l'acide urique dans les urines.

Martin. — Les phtisiques gras.

Arnal. — De la tuberculose testiculaire et de ses divers traitements chez l'adulte et chez l'enfant.

Montaigne. — Etude sur le torticolis mental et son traitement.

Dupré-Lefebvre. — Considérations cliniques sur la grossesse et l'accouchement chez les cyphotiques.

Raviart. — Les tubercules des pédoncules cérébraux.

Boeldieu. — Du traitement de la tumeur blanche du genou chez l'enfant.

Olivier. — La tuberculose de l'oreille moyenne.

Defouilloy. — Etude clinique de la putréfaction intra-utérine et de la physométrie.

Platel. — Une méthode de traitement des fractures.

Bouvier. — Septicémie puerpérale et abcès artificiels.

Hèze. — Contribution à l'étude de la diazoréaction d'Ehrlich.

Lamote. — De la péritonite traumatique sans rupture viscérale.

De Rycker. — Les hernies pendant la grossesse.

Duvivier. — Rapports du rétrécissement mitral pur avec l'hérédo syphilis.

Barroyer. — Les sarcomes de l'orbite. Leur pronostic.

Philippot. — Du traitement des métrorrhagies par la faradisation.

Carette. — Contribution à l'étude des modes d'examen du suc gastrique.

Pontier. — Les olives du bulbe chez l'homme et les mammifères.

Paquet. — Contribution à l'étude des sinusites maxillaires et de leurs complications orbito-oculaires.

Dubois. — De l'action des anesthésiques sur les réflexes ganglionnaires.

Kisselkoff. — Paralysie traumatique primitive du nerf radial dans la fracture de l'humérus.

Wagon. — Contribution à l'étude des quatre principales opérations qu'on peut être appelé à pratiquer dans les rétrécissements du bassin chez les femmes rachitiques.

Marlier. — L'oxycamphre, médicament antidyspnéïque.

De Casteras. — Contribution à l'étude du traitement des psychoses par l'alitement.

Lequint. — De l'embolie pulmonaire consécutive aux interventions sur l'utérus et ses annexes.

Tondeur. — Le viol commis sur la femme antérieurement déflorée (étude médico-légale).

Pharmacopat Supérieur

Carette. — De l'action du carbonate de calcium sur quelques acides minéraux et organiques en solution alcoolique et des applications qu'on peut en tirer.

Vallée. — De l'action de l'isocyanate du phényle sur quelques acides sulfoniques gras et aromatiques.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur L. Biencourt, doyen des médecins d'Arras. Nous adressons à sa famille, qui compte un futur confrère, l'expression de nos bien cordiales sympathies.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

34me semaine, du 19 au 25 Août 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	14	6
3 mois à un an	21	19
1 an à 2 ans	5	2
2 à 5 ans	3	2
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	6	3
40 à 60 ans	4	4
60 à 80 ans	8	2
80 ans et au-dessus	3	2
Total	66	42

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	4	»	»	»	1	»	»	»	»	4	10	17
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	8	»	»	2	»	»	»	»	»	2	14	18
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	8	»	»	»	1	»	»	1	»	5	18	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	8	»	»	»	2	»	»	»	»	5	16	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	13
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	2	»	1	9	»	»	3	»	»	»	»	»	7	23	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	»	»	»	»	»	»	»	»	1	7	2
Total	»	1	»	»	1	»	»	3	5	4	51	»	»	7	4	»	»	1	»	34	108	127

N° 191. Quatrième Année. N° 36. Le Numéro : **10** centimes. 9 Septembre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'assistance chirurgicale rapide
Essai sur son installation à Lille

par le Docteur **O. Lambret**, Chef de clinique chirurgicale.

(Suite et Fin)

Nous nous sommes efforcé d'abréger, autant qu'il a été possible, ce rapide aperçu forcément incomplet des situations où l'intervention de la chirurgie d'urgence est de toute nécessité et nous avons cherché, chemin faisant, dans nos souvenirs personnels, des exemples locaux et probants. Nous allons maintenant examiner comment les choses se passent aujourd'hui à Lille.

Prenons le cas le plus banal et le plus fréquent : un accident. Un individu tombe, se blesse et se trouve dans l'impossibilité de se relever ; la scène se passe n'importe où, dans un chantier, dans la rue, dans une maison d'habitation. Autour du blessé, après la première minute de désarroi, s'empressent des camarades de travail, des amis, des parents ou simplement des passants de bonne volonté. Ces personnes relèvent le blessé, le soutiennent, ou le plaçant sur une chaise, sur un brancard improvisé, s'apprêtent à le transporter, où ? ordinairement chez le pharmacien le plus proche, et ce pharmacien voit brusquement un groupe d'individus envahir son officine, les uns parce qu'ils portent réellement le blessé, les autres parce qu'ils désirent satisfaire leur curiosité. Il arrive qu'un agent de police se joigne à eux, c'est alors cet agent qui requiert le pharmacien d'avoir à donner des soins. Or il faut bien savoir que le pharmacien n'a aucune qualité pour faire cette besogne, et surtout qu'il n'a reçu aucune éducation spéciale à l'école de pharmacie ; le pharmacien est organisé pour le commerce des drogues et médicaments, il n'est ni fait, ni préparé pour soigner les gens (TERRIER) ; aussi quand il est intelligent, il refuse de s'occuper du blessé ; c'est sa seule façon de ne pas lui nuire, et il réclame la présence d'un médecin. L'agent de police part à la recherche de l'homme de l'art. Interrogez les agents à cet égard, ils vous diront combien cette recherche est difficile ; il est très rare de rencontrer les médecins chez eux et les pauvres gardiens de la paix sonnent en moyenne, chez quatre ou cinq d'entre eux avant d'obtenir satisfaction. Pendant tout ce temps le blessé reste exposé à des pratiques ignorantes. Le pharmacien possède généralement aujourd'hui quelques notions d'antisepsie, en ce sens qu'il commence à abandonner les teintures d'arnica et autres drogues antiques pour le

sublimé et l'eau phéniquée ; mais ses connaissances pèchent par la base, et nous l'avons tous vu laver une plaie avec une solution antiseptique sans, au préalable, s'être désinfecté les mains ; nous l'avons encore vu faire suivre un lavage à peu près convenable d'une application d'amadou poussiéreux. D'autres fois, le pharmacien est trop éloigné du lieu de l'accident, et la foule encombrante des sauveurs transporte le blessé dans une maison voisine ou au poste de police ; car à peu près tout le monde sait que le poste de police possède une boîte de secours ; mais le contenu de cette boîte est antique et ridicule, il est fait de médicaments inutiles, tandis qu'y font défaut les élémentaires, ouate hydrophile et sublimé ; pour laver la plaie, l'éponge du poste, pour arrêter l'hémorragie, la charpie, l'amadou, le perchlorure de fer. Quand le médecin arrive — notez le temps qui déjà s'est écoulé — c'est là tout ce qu'on met à sa disposition ; il se trouve donc dans l'impossibilité de faire un pansement ou d'appliquer un traitement convenables. Une seule chose lui reste à faire, si le cas est un peu sérieux : décider d'envoyer le malade à l'hôpital dans la voiture d'ambulance. Lille possède en effet, comme moyen de transport des blessés, des voitures d'ambulance fournies par un loueur de voitures ayant passé traité avec la ville (1). Ces voitures peuvent être requises par les postes de police qui avertissent le loueur du lieu de l'accident et lui donnent ordre d'expédier à cet endroit un de ses véhicules. Qu'on nous pardonne ces détails, ils ont leur intérêt. Quand la voiture demandée est arrivée près du blessé, on hisse celui-ci à l'intérieur sur un brancard *ad hoc* et il est dirigé vers l'hôpital le plus proche. Là, il est examiné par l'interne de garde qui le fait admettre dans le service de chirurgie convenable. Cet interne peut être suppléé par un externe. C'est de lui que dépend, dès lors, la fortune du blessé, car en l'examinant l'interne juge que la blessure est grave ou légère. Dans le premier cas, il fait appeler le chef de service ou son assistant. Dans ce but, un émissaire est détaché de l'hôpital, infirmier, malade non impotent ou concierge qui se rend d'un pas plus ou moins pressé, selon le hasard des rencontres, au domicile du chirurgien, où il remet la missive dont l'a chargé l'interne. Ce chirurgien, dès qu'il a connaissance de la situation (et ceci peut ne pas être immédiat, car il est possible qu'il soit absent), se rend à son tour à l'hôpital, et après examen du blessé, se comporte suivant les circonstances. Seconde hypothèse, l'interne a jugé la blessure peu grave ; souvent même, il a négligé de la regarder, de changer le premier pansement souvent sommaire et le lendemain matin, à la visite, le chef de service peut trouver un blessé pansé d'une manière défectueuse. Circonstance beaucoup plus sérieuse, le cas n'est pas jugé grave par l'interne et, en réalité, il l'est extrêmement, il importe d'agir avec le plus de rapidité possible, une intervention délicate s'impose dans le plus bref délai, l'interne ne s'en rend pas compte et sans recevoir des soins si nécessaires, le blessé attendra jusqu'au lendemain la visite quotidienne du chirurgien ; mais à ce moment, le mal aura fait des progrès considérables et il sera trop tard pour le combattre efficacement. Nous allons revenir dans un instant sur ce point particulier.

Dans les grandes usines, dans les agglomérations d'ouvriers, l'organisation des secours ne se fait pas dans des conditions beaucoup plus favorables. Et c'est à peine si le blessé, avant de recevoir des soins compétents, évite quelques étapes du calvaire que nous venons de parcourir avec lui.

L'an dernier, au moment ou nous allions quitter l'hôpital, on nous prévenait qu'un accident grave venait de se produire dans une des plus grandes usines métallurgiques de la ville, plusieurs ouvriers avaient été blessés, et le téléphone annonçait leur arrivée prochaine ; nous les attendîmes plus d'une heure, et à leur arrivée nous constations qu'un d'entre eux était mort en route, tandis que cheminait vers l'hôpital le lugubre convoi de ses camarades de travail portant les civières.

Le mal résultant de toutes ces lenteurs peut donc être considérable ; il est grand temps, croyons-nous, d'y porter remède et de modifier le système d'assistance aux blessés qui fonctionne actuellement. Point n'est besoin, d'ailleurs, de créer de toutes pièces un projet inédit, il suffirait de prendre comme modèles les installations anglaises et américaines et nous pourrions même chercher des exemples en France, à Paris, à Bordeaux (1), au Havre, où sont organisés des services de prompts secours.

(1) Il existe également une ambulance privée, qui fonctionne pour les blessés de certaines compagnies d'assurances; à cause de cette limitation de son action, elle ne doit pas retenir notre attention.

(1) Les ambulances de Bordeaux installées depuis 1890 par le docteur Maurien sont imitées des systèmes allemands et autrichiens. Elles comprennent des postes de secours principaux et postes auxiliaires disséminés dans la ville. Dans ces postes se tiennent des infirmiers et des élèves en médecine. Un docteur est attaché spécialement à ce service. Nous croyons qu'à Lille, leurs situations respectives s'y prêtant admirablement, il est préférable de tout concentrer dans les hôpitaux mêmes.

En Angleterre et en Amérique, il existe dans chaque hôpital, au moins une voiture d'ambulance exclusivement réservée aux blessés et aux cas chirurgicaux ; au premier appel téléphonique, un cheval toujours harnaché est attelé instantanément et automatiquement et en quelques minutes la voiture d'ambulance est prête à filer sur ses pneumatiques vers les lieux du sinistre. Elle emporte avec elle un jeune *chirurgien* et également tous les médicaments nécessaires pour un pansement antiseptique, tous les instruments permettant de pratiquer une opération. Cela est bien près de la perfection qui serait le transport instantané d'une véritable et complète salle d'opérations vers le blessé, la salle d'opérations-roulotte.

Paris possède, depuis 1887, une station d'ambulances urbaines construites d'après le type précédent. Elle fut établie à l'hôpital Saint-Louis au moyen de fonds que des initiatives privées mirent à la disposition du docteur NOTCHEL. Le comité de fondation avait à sa tête Jules SIMON, le baron LARREY, de MOHRENHEIM, MÉZIÈRES, BERTHELOT, CHARCOT, la duchesse d'UZÈS. Ce service, le comité de l'œuvre en fit la remise complète à la Ville de Paris avec ses biens et ses charges en 1894, et l'ambulance de l'hôpital Saint-Louis devint ainsi municipale. Malgré que son action soit forcément limitée dans un périmètre restreint, l'ambulance urbaine de l'hôpital Saint-Louis rend journellement des services dont le tableau suivant donnera facilement une idée.

Relevé des transports effectués par les voitures de l'ambulance urbaine de l'hôpital Saint-Louis

Années	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
Nombre de malades	648	1.980	2.112	2.089	1.896	2 144	2.076	2.115	2.238

Les voitures de l'ambulance urbaine de l'hôpital Saint-Louis emportent avec elles un interne.

Le premier point important, selon nous, est donc d'établir la station des voitures à l'hôpital même. Ceci obtenu, il convient de régler la façon de réquisitionner les véhicules. Dans un certain nombre de villes américaines, à Chicago, par exemple, il existe deci, delà, dans des carrefours fréquentés, des appareils spéciaux, appareils avertisseurs des accidents. Ils peuvent être ouverts par des policemen, en outre un certain nombre de clefs ont été distribuées aux citoyens de la ville ; dans leur intérieur, est placé un commutateur de signaux télégraphiques, et il suffit de placer le commutateur sur un mot convenu pour qu'une voiture attelée à deux chevaux et emmenant un chirurgien, parte à fond de train vers l'appareil.

A Paris 60 avertisseurs, système DIGEON, sont en voie d'installation ; ces avertisseurs d'accidents ont un aspect extérieur qui rappelle celui des bornes postales parisiennes. A hauteur d'homme est située une boîte où sont renfermés l'avertisseur et le téléphone. « La manière de se servir de l'appareil est clairement indiquée par les instructions qui sont écrites en gros caractères sur l'extérieur et dans l'intérieur de la boîte ; elle est d'ailleurs très simple. Il suffit de briser la glace située au milieu de la face antérieure pour que la porte de l'avertisseur s'ouvre automatiquement et laisse à découvert l'embouchure du téléphone. Un fort carillon se met aussitôt en branle pendant la durée duquel l'appareil transmet automatiquement au poste de secours central correspondant, des signaux MORSE qui lui font connaître exactement quel est l'appareil actionné. Au bout de dix à quinze secondes le carillon cesse et il suffit de crier distinctement le nom et le numéro de la rue où a lieu l'accident et la nature de cet accident. On répète ces indications à intervalles réguliers jusqu'à ce qu'un ronflement se fasse entendre ; on est sûr qu'à ce moment l'ambulance part de son poste de secours. » Nous n'entrerons pas dans de plus grands détails sur le fonctionnement des appareils DIGEON, dont d'après cette rapide description on peut juger la grande utilité pratique. Demander d'emblée une telle installation à Lille serait sans doute être trop ambitieux. Chez nous le progrès comme la nature *non fecit saltus*. Mais on pourrait toujours pour commencer : 1° réunir l'hôpital au réseau général téléphonique ; 2° autoriser les agents à réquisitionner les téléphones particuliers qui commencent à être nombreux et existent dans toutes les usines ; 3° décréter que la communication de ces téléphones avec celui de l'hôpital soit donnée d'urgence et ait la priorité sur les autres.

Il est bien entendu que nous ne prétendons pas décrire ici par le menu tous les détails du fonctionnement du service des prompts secours que nous réclamons, ces détails seraient vite réglés si le principe était admis. Ayant suffisamment démontré que si des soins chirurgicaux éclairés étaient prodigués avec rapidité au blessé, celui-ci verrait diminuer les chances de complication venant du traumatisme, il importe maintenant d'examiner qui sera chargé de donner de tels soins. Nous contenterons-nous, par

exemple, de l'état actuel des choses, et sera-ce un interne qu'emportera vers le blessé la course rapide de la voiture d'ambulance ? — interne qui comme tous ses collègues, aurait la faculté de se faire remplacer par un externe.

Mais il faut nous demander si pour le rôle que nous voulons lui faire jouer, l'interne offre des garanties suffisantes. D'après ce qui précède, on devine déjà que notre réponse sera négative. Il faut bien le reconnaître, on arrive très tôt à l'internat des hôpitaux de Lille ; la plupart des internes décrochent leur titre en quatrième année, quelques-uns même à la fin de leur troisième année de médecine. Cette constatation ne peut être de nature à diminuer le crédit de la corporation des internes des hôpitaux de Lille à laquelle nous sommes fiers d'appartenir ; mais nous sommes bien forcés de dire qu'à la fin de sa quatrième année, un élève en médecine ne peut matériellement pas posséder à fond toute sa pathologie chirurgicale ; dans l'état actuel de la science, il a tant de choses à apprendre ! Mais des lacunes dans ses connaissances peuvent occasionner des désastres. Je demande la permission de revenir sur deux de mes observations précédentes. La première est celle de cet ouvrier qui était tombé avec son camarade d'une hauteur de cinq mètres (voir page 399). Cet homme était venu à pied à l'hôpital et avait raconté son accident à l'interne de garde, dont l'attention fut uniquement retenue par une plaie de la lèvre supérieure ; or l'homme avait une déchirure de l'intestin et une opération faite immédiatement aurait vraisemblablement réussi ; pratiquée le lendemain, dans un péritoine déjà infecté elle échoua. De même c'est à un véritable hasard que je dois un de mes plus beaux succès opératoires, il s'agit de ce jeune homme à qui une sentinelle avait envoyé une balle dans l'abdomen (voir page 399). Dans ce cas encore la gravité du traumatisme avait échappé à l'interne de garde ; l'histoire vaut d'ailleurs la peine d'être contée. Je remplaçais à ce moment — c'était à l'époque des vacances — mon excellent maître, le professeur Folet, j'avais ce jour-là dans la matinée pratiqué une opération de cure radicale de hernie ; il arriva que quelques heures plus tard la plaie opératoire donna un peu de sang. Ce sang traversa peu à peu le pansement et vint rougir les bandes extérieures, ce que voyant la sœur de service crut bon, dans l'après-midi, de me faire prévenir ; or j'étais allé près d'un malade au dehors, et je rentrai à Lille à dix heures du soir seulement ; apprenant qu'on m'avait demandé à l'hôpital, j'y courus et examinai l'opéré ; constatant que son pouls était excellent, et que la quantité de sang épanché était très minime, j'allais me retirer, quant à ce moment un malade me dit : Monsieur, il est entré un homme qui a reçu une balle dans le ventre. Il était alors dix heures et demie, l'accident était arrivé à sept heures, il y avait deux heures que le blessé était à l'hôpital et l'interne ne songeait nullement à me faire prévenir. Or le blessé avait l'intestin grêle perforé en neuf places et des matières fécales souillaient sa cavité abdominale. Faite le lendemain matin, l'opération n'avait presque plus de chances d'aboutir. Ces exemples sont très frappants parce qu'ils concernent des faits graves où la vie humaine est en jeu, mais on pourrait facilement les multiplier, et les accidents de moindre importance, qui sont aussi les plus fréquents, nous en fourniraient un grand nombre.

La solution la plus parfaite serait de nommer un chirurgien résidant à l'hôpital. L'institution existe dans tous les autres pays, et c'est même une source d'étonnement pour les médecins étrangers qui nous font visite que de voir nos hôpitaux rester pendant l'après-midi et la nuit, entre les mains des seuls internes. En attendant nous nous contenterions d'un « chirurgien de garde » prêt à répondre au premier appel. Il en faudrait au moins deux qui prendraient la garde alternativement. Ce chirurgien habiterait non loin de l'hôpital, serait relié au téléphone et serait prévenu en même temps que la voiture d'ambulance quitterait l'hôpital ; cette voiture le prendrait en passant.

D'autres propositions tendant au même but peuvent évidemment être faites, — nous le répétons, nous ne plaidons ici que le principe. — Ce chirurgien devrait offrir des garanties suffisantes et être nommé au concours ; il devrait connaître à fond son métier et être apte à pratiquer sans retard toutes les opérations les plus délicates. Il ferait lui-même le premier pansement du blessé et le ramènerait à l'hôpital où, pendant ce temps, le personnel et les internes de garde auraient tout préparé pour une intervention. Il faut bien reconnaître, en effet, que tout médecin n'est pas apte à soigner efficacement un blessé — quand on a suivi de près pendant quelques années un service hospitalier, on en acquiert rapidement la preuve, car les exemples ne manquent pas ; je me rappelerai tou-

jours, entre autres, un malheureux colleur d'affiches électorales qui s'était fait une fracture compliquée en tombant de son échelle : un médecin avait inondé sa plaie de perchlorure de fer, et ce caustique avait littéralement brûlé les extrémités des fragments osseux et tous les tissus environnants. Au risque de paraître durs, nous sommes donc forcés de reconnaître qu'un médecin quelconque n'est pas toujours utile au blessé qu'il est appelé à secourir. Le seul remède à cet état de choses, c'est la création d'un chirurgien de garde, car « grâce à l'arrivée presque immédiate du chirurgien auprès du blessé, celui-ci ne recevra pas les soins, dévoués peut-être, mais absurdes, qui consistent par exemple à le couvrir de cataplasmes, d'arnica, de perchlorure de fer s'il saigne un peu et souvent un pansement mal fait à contaminer une plaie qui aurait pu rester aseptique ». Ainsi s'exprimait en 1896 le professeur TERRIER au cours d'une leçon où il montrait la nécessité de reformer l'assistance chirurgicale à Paris.

L'installation d'un pareil service dans un seul hôpital pour commencer, ne nécessiterait qu'une dépense peu considérable. Nous savons bien que les questions d'argent ne devraient même pas être soulevées, quand il s'agit de la vie humaine, malheureusement la théorie n'est pas la pratique.

Le recrutement des chirurgiens de garde se ferait certainement très facilement et les jeunes docteurs voulant se spécialiser rechercheraient ce poste plus honorifique que rémunérateur avec la même ardeur qu'ils préparent aujourd'hui les divers clinicats ; or un chef de clinique touche 1.200 francs. La voiture, le cheval, et son conducteur ne grèveraient pas davantage le budget de la ville, car celle-ci résilierait bien entendu son contrat avec le loueur actuel. D'ailleurs, il serait facile d'obtenir des subventions des patrons d'usine et des compagnies d'assurances, lesquels retireraient indirectement de grands bénéfices du fonctionnement parfait du service de prompts secours. Les blessures soignées selon les règles, c'est la suppuration évitée, partant c'est la guérison plus rapide et surtout obtenue avec le moins de dégâts possibles. C'est là un point particulier sur lequel nous ne pouvons insister, mais que nous tenions à signaler, car il a une certaine importance, surtout depuis la mise en vigueur des nouvelles lois réglant les indemnités dues aux blessés de l'industrie.

Nous terminons cette étude que nous nous sommes efforcé de faire courte en limitant notre attention aux points les plus essentiels. Nous serons heureux et amplement récompensé si nous avons réussi à montrer combien l'état de choses actuel est défectueux. Nous sommes certain d'ailleurs d'être compris, car nous n'avons pas à Lille l'habitude de faire la sourde oreille quand il s'agit d'améliorer la situation de nos semblables. En ces temps où les questions de mutualité préoccupent tous les esprits, où chacun s'efforce d'améliorer le sort de son voisin plus malheureux, où les règles de l'hygiène, toujours mieux appliquées, nous mettent à l'abri d'un grand nombre de maladies, il importe d'étendre notre sollicitude prévoyante aux infortunés justiciables de la chirurgie d'urgence. Mais encore est-il nécessaire que cette chirurgie d'urgence dispose de tous les éléments qui doivent lui permettre de fonctionner d'une manière parfaite. Nous avons la conviction que tous les philanthropes seront avec nous. Nous concluons donc :

1° Il est de toute nécessité d'organiser, à Lille, un service de prompts secours ;

2° Ce service serait (pour commencer) installé dans un hôpital où une voiture d'ambulance serait en permanence prête à partir au premier appel du téléphone. Cette voiture serait munie de médicaments convenables et emmènerait un chirurgien ;

3° A défaut de chirurgien résidant à l'hôpital, on nommerait au concours au moins deux chirurgiens destinés à monter la garde à tour de rôle ;

4° Domicilié dans le voisinage de l'hôpital, relié au réseau téléphonique, le chirurgien de garde verrait le blessé aussitôt que l'accident serait signalé, ou qu'une intervention chirurgicale urgente se présenterait — ses soins éclairés seraient ainsi presque instantanés.

Deux cas d'Epididymite blennorrhagique à début précoce Testicule blennorrhagique précoce

par le Docteur J. Patoir, Médecin des Hôpitaux de Lille.

L'épididymite blennorrhagique apparaît d'ordinaire vers la quatrième semaine après le début de l'uréthrite, alors que l'écoulement et les douleurs sont encore à la période aiguë (1). Sa fréquence est proportionnelle à l'intensité de l'inflammation uréthrale, c'est-à-dire qu'elle accompagne souvent un écoulement abondant et des douleurs vives et qu'on la voit

(1) JULLIEN. *Traité des mal. vénériennes*, résumant plusieurs statistiques.

rarement avec des phénomènes inflammatoires peu marqués.

Toutefois cette règle n'est pas sans souffrir de nombreuses exceptions, et dans un certain nombre de cas l'épididymite s'est montrée tardivement alors que l'écoulement était réduit presque à rien et que les malades pouvaient se croire guéris. FOURNIER (1) l'a observée plusieurs années après le début de la maladie. C'est à cette forme que MOLLIÈRE et AUGAGNEUR (2) ont donné le nom de *testicule blennorrhagique tardif*.

Beaucoup plus exceptionnelle est l'épididymite à début précoce (JULLIEN), et DIDAY (3) déclare ne l'avoir jamais vue avant le dixième jour. Les conditions dans lesquelles se propage l'inflammation du canal aux voies spermatiques expliquent la nécessité d'un temps assez long entre le début de l'uréthrite et l'apparition de cette complication.

Les deux malades dont l'histoire va suivre ont vu apparaître l'épididymite non seulement au début d'une blennorrhagie, mais les accidents uréthraux de cette blennorrhagie étaient tellement minimes que l'épididymite leur parut être la première manifestation de la maladie et qu'on peut, en opposition avec le testicule blennorrhagique tardif de MOLLIÈRE et AUGAGNEUR, décrire le *testicule blennorrhagique précoce*.

OBSERVATION I. — Eugène D..., 27 ans, étudiant, est un jeune homme robuste, de bonne constitution, que je connais très intimement depuis de longues années. Les antécédents héréditaires et personnels sont excellents à tous points de vue.

Il vient à ma consultation en mars 1896 et me montre une épididymite droite, d'aspect tout à fait classique. Il nie toute blennorrhagie antérieure ou actuelle. Je suis sûr de son intégrité sexuelle dans le passé, et quant au présent, à part quelques picotements depuis deux ou trois jours, picotements qui ne l'ont point inquiété, il n'a rien senti ni rien vu. Bien qu'il n'ait pris aucune précaution, son linge est intact et il n'y a pas trace d'écoulement L'orchite a débuté la veille dans le courant de la journée et n'a fait qu'augmenter la nuit et le matin du jour où il vient à la consultation. Il ne se rappelle pas avoir reçu un coup ou fait un effort Son dernier coït ne remonte pas à plus d'une semaine.

Actuellement, l'épididyme droit et le cordon sont gros, durs et douloureux. La peau est rouge et sensible; le gonflement est encore modéré. Il se plaint surtout de la pesanteur des bourses.

L'exploration de l'urèthre montre un méat intact. La pression de la fosse naviculaire ramène une petite gouttelette opaline à peine teintée de jaune. La pression répétée de tout le canal ne donne qu'une ou deux gouttelettes de même aspect. Les urines contiennent des filaments épais et assez nombreux venant surtout de l'urèthre postérieur. L'examen microscopique des filaments montre de nombreux gonocoques.

Traitement classique de l'uréthrite et de l'épididymite. Les suites de la maladie furent normales.

(1) FOURNIER. *Art. Blennorrhagie* du Dictionnaire de JACCOUD.

(2) MOLLIÈRE et AUGAGNEUR. *Art. Testicule* du Dictionnaire de DECHAMBRE.

(3) DIDAY. *La pratique des maladies vénériennes*. 1890.

En somme il s'agissait d'une uréthrite blennorrhagique, récente mais si atténuée que le malade ne s'en doutait même point et que seule l'épididymite l'avait frappé. On comprend qu'à un premier examen, le médecin ait un peu d'hésitation et songe, malgré sa rareté, à l'orchite traumatique. Cette pensée s'impose bien davantage si dans les antécédents du malade figure un traumatisme même léger et si les premières constatations ne permettent de déceler aucune trace d'uréthrite.

Ce fut ainsi que se présenta le malade de la seconde observation.

OBSERVATION II. — P..., Auguste, se présente le 22 mai 1900 à ma consultation. Il se plaint de douleurs très vives dans le testicule gauche, qui est très gros, et accuse une sensation de pesanteur très pénible.

Il présente tous les signes de l'épididymite blennorrhagique : le testicule gauche est considérablement gonflé ; la peau est chaude, tendue et rouge et la palpation en est très douloureuse. Le cordon et l'épididyme sont gros et douloureux.

Le malade me regarde très étonné quand je lui demande depuis quand il a eu un écoulement et déclare formellement qu'il n'a jamais eu de blennorrhagie et qu'il n'a constaté aucune trace d'écoulement. J'explore l'urèthre et la pression exercée le long du canal n'amène pas la moindre goutte, pas même une apparence de suintement. Le méat, d'ailleurs, n'est pas rouge et les manœuvres sur l'urèthre n'ont provoqué aucune douleur.

P... a ses parents vivants et bien portants. Lui-même n'a jamais été malade. Il ne présente aucun signe de tuberculose ou de syphilis. Il ne s'agit donc pas d'une orchite tuberculeuse ou syphilitique, d'autant plus que l'aspect de la partie malade est franchement inflammatoire.

L'histoire de la maladie se résume en ceci :

Le 16 mai chute de bicyclette ; mais en tombant le malade ne s'est fait aucun mal et notamment il affirme ne s'être pas blessé aux parties. – Le 17 mai, au réveil, il a constaté que son testicule gauche était douloureux et enflé. — Depuis, les phénomènes se sont accentués et il est venu consulter surtout à cause de la douleur.

Un interrogatoire plus précis m'apprend que depuis quatre mois le jeune homme a la même maîtresse qu'il voit environ deux fois chaque semaine. — La dernière fois qu'il a eu des rapports avec elle est le 15 mai ; il en avait eu également le 9 mai. Jamais, et il est très formel sur ce point, il ne s'est aperçu qu'il

avait un écoulement. Quand on le presse beaucoup, on le fait à peine avouer que depuis une quinzaine de jours il a senti de temps en temps quelques chatouillements dans le canal. Mais cela ne l'avait inquiété aucunement ; il n'avait rien changé à son régime et il a continué à coïter comme par le passé. Ces sensations de chatouillement étaient tellement vagues que ce n'est que sur des instances réitérées qu'il veut bien s'en souvenir.

Quoi qu'il en soit, il ne présente à l'heure actuelle aucun écoulement et affirme n'en avoir jamais présenté.

L'idée d'une orchite traumatique me vient à l'esprit, bien que les conditions de la chute ne soient pas favorables à cette hypothèse et que l'orchite traumatique soit en réalité fort rare.

Le malade ayant uriné depuis trop peu de temps, est prié de repasser quelques heures après pour un examen plus complet.

Il revient dans la soirée. L'exploration de l'urèthre est toujours négative : à peine un peu d'humidité au méat. Je le fais uriner dans une série de verres. Le premier et le dernier contiennent quelques filaments très ténus. L'urine est, à part ces filaments, parfaitement limpide.

Les filaments contiennent des gonocoques très nets mais peu nombreux.

Il y avait donc uréthrite blennorrhagique antérieure et postérieure et l'épididymite était d'origine blennorrhagique.

Traitement. — Repos absolu au lit. Quatre sangsues au niveau du testicule et du cordon. Puis onguent mercuriel belladoné et cataplasmes. Boissons abondantes ; tisane de chiendent alcalinisée et lait.

6 juin. L'évolution de l'orchite a été classique et elle peut être considérée comme guérie : il reste un noyau dur à l'épididyme. Plus de douleurs.

En revanche, le malade, sans présenter un écoulement abondant et verdâtre, a un suintement net qui contient des gonocoques en assez grande abondance. Durant le traitement, quelques indices de cystite du col.

La blennorrhagie, traitée ultérieurement par les lavages au permanganate de potasse à 1/2000, guérit complètement en quelques semaines

Le fait saillant de ces deux observations est l'apparition d'une épididymite pour ainsi dire d'emblée.

Il est vrai que dans nombre de cas l'écoulement uréthral, après avoir été abondant, diminue au moment où la blennorrhagie atteint l'épididyme. Mais avant cette complication les malades avaient un écoulement et des douleurs qui leur avaient révélé le mauvais état de leur canal. Ici, rien de semblable. Aux yeux des intéressés le canal était intact et l'orchite était le premier accident, et même pour le médecin les premières constatations, surtout dans l'observation II, faisaient penser à une orchite sans uréthrite.

En effet, tandis que d'ordinaire la blennorrhagie, grâce à l'uréthrite existante ou ayant existé, saute aux yeux, s'impose, ici il a fallu la rechercher, la dépister. Ce n'est qu'en examinant de près l'état du canal, que l'uréthrite me fut révélée.

Le canal sans doute avait été touché, mais si peu que les malades ne s'en sont pas rendu compte. Il avait simplement servi de voie à l'infection gonococcique et le premier accident vrai, sensible, de la chaudepisse, a été l'orchite

Cette marche est exceptionnelle mais peut se comprendre facilement. Le testicule et les voies d'excrétion sont, par rapport au canal, dans une situation analogue à celle de toutes les glandes par rapport aux organes où elles déversent leurs sécrétions : telle la parotide pour la bouche, le foie pour l'intestin ou encore le poumon pour la cavité naso-pharyngienne. Or le foie peut présenter un abcès, la parotide s'infecter, le poumon être atteint de broncho-pneumonie, sans qu'il y ait eu nécessairement de la suppuration des voies biliaires, du canal de Sténon ou des bronches. Dans ce cas, les canaux de ces différentes glandes n'ont servi que de voies de passage et n'ont été pour ainsi dire pas atteints. Ainsi peut-on admettre que le gonocoque déposé au méat n'a fait que traverser l'urèthre sans y produire la suppuration habituelle, pour se fixer d'emblée sur l'épididyme.

Au surplus, Griffon (1) n'a-t-il pas rapporté un cas de synovite blennorrhagique ayant apparu quelques jours avant l'écoulement ? Le gonocoque avait donc pu passer dans le sang avant d'avoir provoqué l'inflammation de l'urèthre. Pourquoi n'atteindrait-il pas l'épididyme dans les mêmes conditions ?

Les raisons qui ont dirigé de cette façon l'infection gonococcique ne nous apparaissent pas nettement. S'agit-il d'une élection spéciale du gonocoque pour les conduits vecteurs du sperme, élection analogue à celle de certains pneumocoques préalablement atténués, pour les tissus articulaires ? (2) Ou bien le canal des deux malades offrait-il une résistance particulière ? Je pencherais plutôt pour cette seconde hypothèse à cause des différences notables dans l'intensité de l'uréthrite qu'on observe chez plusieurs individus qui se sont infectés à la même source.

On peut aussi se demander si le traumatisme a, dans le second cas, prédisposé le malade à l'orchite,

(1) Griffon. *Synovite blennorrhagique préuretritique. Presse Médicale.* 13 janvier 1897, p. 21.

(2) Bezançon et Griffon. *Presse Medicale.* 9 décembre 1899. *Les localisations articulaires des infections générales.*

question impossible à résoudre dans un sens ou dans l'autre.

Mais à côté de ces questions de doctrine, un point de pratique me paraît plus important à signaler pour le diagnostic et aussi pour le traitement de l'épididymite. Avant de s'arrêter à l'idée d'une orchite traumatique, qui est très rare, il faut que le médecin s'assure de l'intégrité absolue du canal, non seulement par l'interrogatoire de son malade et l'exploration de son urèthre, mais il doit pratiquer de plus l'examen des urines par l'épreuve des deux verres et voir si les filaments contiennent ou non des microbes. Dans les cas douteux on pourra faire centrifuger l'urine et pratiquer l'examen du dépôt.

On aura ainsi une certitude et pour le diagnostic et pour le traitement.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du Rapport sur l'étiologie et la pathogénie des gastro entérites des nourrissons.

par le Dr **Marfan**, Paris.

L'étude bactériologique des gastro-entérites des nourrissons, poursuivie dans ces derniers temps, nous a montré que le rôle de l'infection est très important dans ces affections, mais que ce rôle n'explique pas tout, qu'il y a d'autres éléments à considérer et que souvent l'infection n'intervient que secondairement. La bactériologie n'a pas résolu complètement le problème de l'étiologie et de la pathogénie des gastro-entérites des nourrissons, encore moins celui de leurs formes cliniques Dans l'étude des causes de ces affections, il ne faut pas négliger les données fournies par l'observation clinique ; il faut, au contraire, recourir d'abord à elles et se servir de la bactériologie pour les éclairer, les contrôler et les grouper. Me plaçant à ce point de vue, je propose de considérer, dans les gastro-entérites des nourrissons, des causes prédisposantes, des causes efficientes et des causes indirectes.

I. Le nourrisson est particulièrement *prédisposé* à la gastro-entérite, qui est le principal facteur de l'énorme mortalité du premier âge. Cette prédisposition tient à ce que l'enfant naît avec un tube digestif inachevé, capable de digérer seulement un aliment spécial préparé par la nature, le lait, et d'ailleurs mal défendu contre l'infection et l'intoxication.

II. Quant aux causes efficientes, les gastro-entérites peuvent être divisées en quatre groupes.

A. Les *gastro-entérites dyspeptiques* résultent d'une élaboration vicieuse de la matière alimentaire, soit parce que l'enfant a été suralimenté avec l'aliment normal, le lait, soit parce qu'il a reçu trop tôt ou avec excès ou sans discernement des aliments autres que le lait : d'où résultent deux variétés de gastro-entérites dyspeptiques : par *suralimentation* ; par *ablactation prématurée ou mal dirigée*. Dans les deux cas, la gastro-entérite semble liée au développement d'une intoxication et d'une infection endogènes.

B. Les *gastro-entérites infectieuses primitives* (infections octogènes) succèdent à l'introduction de microbes pathogènes dans le tube digestif par la voie buccale. Le lait de vache est la principale source de ces infections. Parmi les microbes qu'il renferme, on a incriminé, comme causes de gastro-entérites, certaines races de B. coli, de B. protéolytiques et de streptocoques. La pratique de la stérilisation du lait, issue de ces données, a donné d'excellents résultats.

Dans l'allaitement maternel, les suppurations de la mamelle peuvent être l'origine de gastro-entérites à staphylocoques ou à streptocoques.

Dans les agglomérations de nourrissons (crèches, hôpitaux), il y a d'autres sources d'infection que le lait ; la contagion d'un enfant sain par un enfant diarrhéique peut s'exercer par les mains des infirmières, les tétines, les biberons, l'eau des bains, les thermomètres, peut être par les poussières de l'atmosphère. Dans ces cas, on peut rencontrer soit un des trois microbes indiqués, soit le B. pyocyanique, soit les staphylocoques.

Au moment de l'ablactation, l'eau, la viande et les autres aliments peuvent devenir le véhicule de l'infection gastro-intestinale ; on a accusé l'eau d'avoir transmis des infections à protozoaires, et la viande des infections à *proteus vulgaris*.

C. Les *gastro-entérites toxiques primitives* (intoxication ectogène) résultent de la pénétration dans le tube digestif, par la voie buccale, d'une substance chimique toxique.

Les empoisonnements par les caustiques sont très rares dans la première enfance ; les empoisonnements par les médicaments, surtout par le calomel, sont plus fréquents. C'est le lait qui est la source ordinaire de l'intoxication. Il peut renfermer des produits toxiques provenant des aliments, des médicaments ou des maladies de la nourrice ou de la femelle laitière. En cas d'allaitement artificiel, le lait de vache

peut renfermer des poisons introduits par fraude ; il peut renfermer des toxines issues de la fermentation après la traite, et des faits cliniques me portent à penser que, parmi ces toxines, il en est que la stérilisation ne détruit pas. Lorsque entre le moment de la traite et celui de la stérilisation l'intervalle est trop grand, les microbes ont le temps de pulluler activement, surtout pendant l'été, et s'il est vrai, comme je le crois, qu'ils élaborent quelquefois des toxines que la chaleur ne détruit pas, la stérilisation, faite trop tard, ne donne aucune sécurité. Cette hypothèse me paraît éclairer l'origine des diarrhées d'été, particulièrement du choléra infantile.

D. Les *gastro-entérites secondaires* succèdent à diverses maladies. — Celles des trois groupes précédents peuvent être appelées primitives, parce que le premier acte morbide se passe dans le tube digestif ; dans les formes secondaires, le premier acte morbide se passe en dehors du tube digestif. Dans le jeune âge, les diarrhées secondaires s'observent surtout dans la rougeole, la grippe, la diphtérie, les infections staphylococciques et streptococciques, la cachexie syphilitique et tuberculeuse, enfin au cours de toutes les infections des voies respiratoires (coryza, stomatite, adénoïdite, otite moyenne, angine, bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie lobaire). Elles sont dues sans doute : 1° soit à l'élimination de microbes ou de poisons par la muqueuse gastro-intestinale ou par la bile ; 2° soit à l'affaiblissement des sucs digestifs, à la dyspepsie et à la toxi-infection endogène qui en résultent ; 3° soit à la déglutition des produits septiques venus des voies respiratoires.

III. L'action des quatre causes efficientes que nous venons d'énumérer peut être favorisée par des influences éloignées : les chaleurs de l'été, le refroidissement, la dentition.

L'influence des *chaleurs de l'été* sur les gastro entérites des nourrissons est une des mieux établies ; la fréquence et la gravité des diarrhées s'accroissent dans d'énormes proportions pendant la saison chaude. Le choléra infantile est la plus typique de ces diarrhées d'été. Le mode d'action de la chaleur paraît assez complexe ; on peut invoquer : l'altération des sécrétions digestives par l'action de la chaleur extérieure, altération qui provoque une toxi-infection endogène ; la pullulation beaucoup plus active des microbes du lait de vache sous l'influence des hautes températures ; enfin et surtout l'élaboration par les microbes de toxines que la stérilisation ne détruit pas sûrement.

L'influence du refroidissement et surtout celle de la dentition sont très discutées ; ceux qui admettent cette influence pensent que ces deux facteurs agissent en favorisant une toxi-infection endogène par le trouble qu'ils apportent dans les sécrétions et la circulation de l'appareil digestif.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le clignement des paupières

Pourquoi cligne-t-on les paupières ? Voilà un phénomène qui n'a jamais été éclairci d'une manière bien nette. Il semble probable que le clignement a pour rôle de reposer légèrement la vue ; on a employé récemment la méthode de l'enregistrement des clignements pour déterminer le degré de fatigue de l'œil.

GARTEN a employé la méthode (*La Nature*) d'enregistrement photographique. Sur la paupière supérieure et quelquefois sur la paupière inférieure, on colle une bande de papier blanc très fin ; on s'en aperçoit au début, mais bientôt, on devient tellement habitué à sa présence qu'on n'y fait plus attention. L'œil est éclairé par une source lumineuse assez forte. Devant l'œil est placé un objectif photographique qui projette l'image de l'œil sur la surface d'un cylindre : sur ce cylindre est collée une feuille de papier photographique sensible. On inscrit en même temps sur ce cylindre les temps, on obtient ainsi un trait blanc correspondant à la feuille de papier blanc collée sur le bord, etc. ; de plus on voit assez nettement un trait sombre correspondant à la pupille, un trait sombre correspondant au sourcil, et dans le cas où une feuille de papier était collée aussi sur la partie inférieure, on a un deuxième trait blanc correspondant à cette paupière. Le clignement est marqué par une courbe du trait correspondant à la paupière supérieure.

La paupière descend brusquement et très rapidement, puis elle reste un certain temps en bas, sur cette partie de la couche on voit quelquefois des oscillations, enfin la paupière remonte et elle le fait beaucoup plus lentement qu'elle n'était tombée.

Il est enfin à remarquer, avec M. V. Henri, que les différentes personnes clignent de manière différente, les unes clignent souvent, d'autres rarement ; les unes clignent par groupes une dizaine de fois de suite et puis restent pendant un certain temps sans cligner, d'autres clignent régulièrement une fois seulement. Le clignement est modifié par l'attention : lorsque l'attention est fortement concentrée sur une image visuelle ou même sur une impression d'un autre sens ou sur une idée quelconque, on ne cligne pas, ou plutôt on cligne plus rarement qu'à l'ordinaire, mais en revanche, dès que

l'état de concentration de l'attention cesse, vient une série de clignements rapprochés ; tels sont les faits grossiers que tout le monde peut observer et qui mériteraient d'être étudiés avec soin. (*La Vie Médicale.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Lutte contre l'alcoolisme, Diffamation, Intention de nuire, Responsabilité

Si une guerre entre Etats n'est juste qu'autant qu'elle est nécessaire, ils doivent avoir pleine foi dans la justice de leur cause ceux qui viennent de déclarer la guerre à l'alcool et à l'alcoolisme. Mais attaquer l'alcoolisme, c'est attaquer tous ceux qui ont intérêt à le répandre et à le développer, — c'est vouloir la mort, au point de vue pécuniaire, s'entend, de toutes ces industries qui vivent de la production, de la rectification, de la vente ou du débit des boissons alcooliques, — c'est chercher en connaissance de cause bien qu'indirectement, à nuire pécuniairement à tous ceux, combien nombreux ! qui spéculent sur la consommation de l'alcool, producteurs, fabricants, distillateurs, négociants, commissionnaires, lanceurs de telle ou telle marque ancienne ou nouvelle, débitants gros ou petits, etc. Est-ce donc absolument licite ? Serait-il vrai que, dans cette guerre à l'alcool, comme cela a été soutenu par maints grands hommes d'Etat pour les guerres internationales « la fin justifie les moyens » ? Est-ce que toutes les armes seraient de « bonne guerre » dans le combat ? Et, spécialement, n'a-t-il rien à craindre des foudres de la justice, le ligueur qui, soit dans des conférences publiques, soit dans des écrits, livres, revues, journaux, soit dans des affiches ou autres publications quelconques, n'hésite pas, fort du but poursuivi, à qualifier de *poisons* et à dénoncer hautement comme *poisons*, le Cognac à étoiles de X..., la Liqueur de Y..., l'Absinthe ou l'Amer Z..., et tant d'autres, *ejusdem farinæ*, dont le nom et les qualités s'étalent, en lettre fascinatrices, à la troisième page de nos journaux ou sur les murs de nos maisons ?

Ces questions venaient tout naturellement à l'esprit des auditeurs d'une conférence dans laquelle il y a quelques semaines un maître bien connu des lecteurs de l'*Écho médical du Nord* avait exposé à nos oreilles charmées, tout un plan de campagne reposant sur une idée nouvelle : géniale invention dont nous n'avons point qualité pour parler ici, bien que nous ayons emporté la conviction que sa mise à exécution doive compter parmi les moyens les plus pratiques et les plus efficaces pour atteindre l'ennemi dans ses forces vives. Mais, précisément, pour faire produire à l'idée son maximum d'effet, il faudrait que l'on pût ne pas se borner à proclamer la nocivité de l'alcool, des liqueurs, des apéritifs,etc., en général ; il faudrait que, dans chaque pays, dans chaque localité, pour chaque catégorie de consommateurs, on pût s'attaquer à la boisson alcoolique en vogue, ici au genièvre, là à la fine-champagne ou à la vulgaire eau-de-vie, ici au cognac de telle ou telle marque, là à telle absinthe, à tel apéritif, à tel amer, à tel quinquina, à telle liqueur.

Le moyen d'attaque serait puissant.... ne serait-il pas, ne pourrait-il pas devenir dangereux pour celui qui s'en servirait ? car, après tout, le *neminem lædere* des jurisconsultes et législateurs romains a passé dans le droit français, et on ne saurait douter que tous ceux dont les intérêts seront menacés ou lésés par la réclame dirigée contre leurs produits, ne cherchent à leur tour, dans ce brocart juridique, un moyen de défense, une mesure de protection.

Leurs prétentions auraient-elles quelques chances d'être admises et sanctionnées par les tribunaux ? C'est là, à nos yeux, une de ces questions qu'il serait téméraire de vouloir trancher par l'affirmation d'un principe absolu.

Alléguerait-on qu'à la guerre les représailles sont légitimes, pour en conclure qu'il ne saurait être illégitime d'attaquer dans leurs intérêts pécuniaires ceux qui ne craignent pas d'attaquer autrui dans sa santé, dans sa vie même ? Nous craindrions que l'analogie ne fût pas suffisante pour faire écarter d'emblée l'application des articles 1382 et 1383 du Code civil. Qu'un particulier se porte le vengeur de ses semblables, le redresseur des torts causés à son prochain, c'est chevaleresque peut-être ; il n'en résulte pas nécessairement que ce soit autorisé par la loi.

Et nous n'attribuerons pas valeur plus grande à l'argument que l'on pourrait vouloir tirer du droit de légitime défense qui, dans certaines circonstances, nous est reconnu par le Code pénal, soit pour nous-même, soit pour autrui.

Nous croirions plutôt qu'il faut, sur le terrain de la lutte contre l'alcoolisme comme sur tant d'autres, concilier les droits, les intérêts, les prétentions en conflit, et chercher les bases de cette conciliation, non seulement dans les principes juridiques, mais aussi et peut-être même surtout dans les circonstances de fait qui ont amené ou accompagné le conflit. C'est un droit pour nous, — d'aucuns ajouteront un devoir, et un devoir impérieux, — de combattre ce qui nous apparaît comme un fléau social, dût notre action se heurter à ce que les producteurs ou propagateurs d'alcool considèrent comme leur droit, ce qui est, en tout cas, leur intérêt pécuniaire. Mais il n'est pas de droit sans limites et la difficulté consiste précisément à fixer ces limites que le droit de l'un ne doit pas dépasser dans son exercice, pour ne pas léser injustement le droit de l'autre. Question d'espèce! comme on dit au Palais ; question qu'il est impossible de résoudre *a priori*, dont la solution pourra varier suivant les circonstances, et où l'arbitraire du juge jouera le plus grand rôle.

Aussi est-il inutile d'insister sur ce point. Nous vous

drions seulement, par l'exposé d'une *espèce* que nous venons de rencontrer, et qui a été jugée par le tribunal correctionnel d'Amiens le 8 février 1900, montrer que notre droit, à nous, combattants contre l'alcoolisme, s'étend assez loin pour que la crainte du Code pénal ou des réparations civiles ne soit point, en cette matière, le commencement de la sagesse.

Dans le numéro du *Progrès de la Somme*, portant la date du 26 octobre 1899, avait paru l'entre-filet suivant : « Nous apprenons la mort de M. Paul DUBONNET, l'industriel bien connu dont le nom a été popularisé et qui était l'un des directeurs de la maison DUBONNET frères. Agé de 47 ans à peine, il était chevalier de la Légion d'honneur, comme tous les fabricants d'apéritifs qui comptent quelques années d'empoisonnement public ».

Il y avait là quelque chose de plus grave qu'une atteinte aux intérêts matériels de la maison DUBONNET. Aussi le frère et héritier de M. Paul DUBONNET, voyant dans cet article une diffamation ou une injure publique, actionna le journaliste en paiement de 10.000 fr. de dommages-intérêts, avec insertions dans des journaux, à titre de réparation.

Le journaliste répondait en alléguant que l'article constituait, non pas une diffamation ni une injure publique, mais tout au plus une injure aux morts, non prévue par la loi de 1881, sur la presse. Il ajoutait que l'article n'était pas de nature à causer un préjudice au demandeur, et qu'enfin, en l'écrivant, il n'avait pas eu l'intention de nuire au demandeur.

C'est ce dernier point que le tribunal retint seul pour, la bonne foi du journaliste lui paraissant démontrée, renvoyer purement et simplement le prévenu des fins de la poursuite.

« Attendu que, sans qu'il y ait lieu de rechercher quelle dénomination particulière il conviendrait de donner aux lignes relevées, non plus que si un préjudice quelconque a pu en être la conséquence, il suffit de rechercher et d'établir si le défendeur a fait la preuve de la mauvaise foi de HOURDEQUIN (le journaliste auteur de l'article) ;

Attendu qu'il échet tout d'abord de remarquer que l'entrefilet figure en troisième colonne de la deuxième page, au milieu de huit autres sans grand intérêt, en mêmes caractères, sous la rubrique générale *Petites Nouvelles*, laquelle seule est en petites capitales ; que rien, dans la composition, n'est de nature à appeler plus spécialement l'attention du lecteur sur cet entrefilet de huit lignes ;

Attendu que, si la presse doit être réfrénée dans ses écarts, lorsque méchamment et spontanément elle s'attaque à un citoyen, il n'en est plus absolument de même quand, se faisant l'écho de l'opinion universelle, bien moins sur un citoyen que sur un fait, elle traduit, sous une forme un peu vive les sentiments du pays, les constatations de la science, les appels des sociétés de tempérance, sur un danger social et même les *desiderata* du législateur ;

Attendu que c'est dans cet esprit que le *Progrès de la Somme*, bien avant le 26 octobre 1899, avait entrepris une campagne très vive contre l'alcoolisme et ses ravages effrayants sur la santé et la moralité publique ;

Attendu que l'entrefilet incriminé n'a point non plus paru revêtir un caractère délictueux, à de nombreuses feuilles départementales qui l'on reproduit avec ou sans commentaires ;

Attendu, il est vrai, que le nom de DUBONNET figure dans l'article, mais qu'on ne peut nier que HOURDEQUIN ne connaissait même pas les frères DUBONNET ; que leur nom, placardé dans toute la France, avait encore été publié par un grand nombre de journaux de Paris après la mort de M. Paul DUBONNET, non sans quelque allusion au *Quinquina* portant ce nom, jouissant aujourd'hui de la plus grande vogue ;

Attendu que, poursuivant sa campagne contre l'alcool, qu'avec la science il considère comme un véritable poison sous toutes formes et étiquettes, HOURDEQUIN signalait que Paul DUBONNET était décoré, comme tous les fabricants d'apéritifs, qui comptent quelques années d'empoisonnement public ;

Attendu que, en réalité, HOURDEQUIN, dans ce passage, critiquait surtout un acte du Gouvernement, tout comme fidèle à ces mêmes principes, dans le huitième entrefilet des PETITES NOUVELLES du même numéro du *Progrès*, il blâmait le projet d'érection d'une statue à NICOT, dans la cour d'honneur de l'Entrepôt des tabacs du Gros-Caillou ;

Attendu que, de l'ensemble de ses faits ne se dégage donc pas suffisamment l'intention de nuire, caractère essentiel de tout délit, que le ministère public a, lui aussi, vainement cherché dans l'espèce ;

Par ces motifs, le Tribunal : — Renvoie purement et simplement HOURDEQUIN des fins de la poursuite ; Condamne Marius DUBONNET en tous les dépens ».

A peine est-il besoin de mettre en garde les lecteurs de *l'Echo Médical du Nord* contre des conclusions trop absolues qu'ils pourraient être tentés de tirer de ce jugement pour les étendre à la question générale que nous avons posée au début. Ils remarqueront que le tribunal d'Amiens n'avait à examiner qu'une question de droit toute spéciale, relative à l'existence d'un délit pénal, d'une diffamation, que l'article 29 de la loi du 29 juillet 1881 définit : « Toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur et à la considération de la personne ou du corps auquel le fait est imputé ». Or, l'un des éléments de la diffamation, c'est présisément l'intention de nuire, l'*animus injuriandi*. Sans intention de nuire, pas de diffama-

tion. Mais ce serait une erreur de conclure que : sans intention de nuire, pas de responsabilité. Car la loi civile, plus rigoureuse en ceci que la loi pénale, reconnaît ce que la doctrine appelle des *quasi-délits*, faits dommageables commis sans intention de nuire, et emportant quand même l'obligation de réparer le dommage causé. Qu'un médecin, par exemple, cause à autrui des blessures par imprudence, il pourra bien n'encourir aucune responsabilité au point de vue pénal, sans échapper pour autant à la responsabilité civile envers le blessé.

Toutefois, de plusieurs considérants que nos lecteurs auront certainement soulignés dans le jugement du tribunal d'Amiens, il nous semble permis de déduire des présomptions plutôt rassurantes pour ceux qui, sans se préoccuper de la portée de leurs coups, lutteront contre le fléau de l'alcoolisme en employant des armes et notamment en recourant à des réclames, semblables à celles qui servent à le propager.

J. JACQUEY.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

— **Guerre aux microbes**, par le docteur GRELLETY, Protat, *Mâcon*, 1900.

— **La question de la dépopulation en France ; le mal, ses causes, ses remèdes**, par M. Edm. PIOT, sénateur de la Côte-d'Or, *Paris*, Mouillot, 1900.

— **Rapport sur l'Institut d'électrothérapie et de radiographie de Montpellier**, par les docteurs IMBERT et BERTIN-SANS, *Montpellier*, Delors-Bœhm, 1900.

— **Sur l'utilité des écrans en plomb pour la radiographie**, par les docteurs BERTIN-SANS et GAGNIÈRE, extrait du *Montpellier médical*, 1900.

— **Code médical du baigneur à Bagnoles**, par les docteurs THOREL et VAUCHER, *Paris*, Steinheil, 1900.

— **Questions d'internat ; listes des questions d'internat et d'externat publiées dans la presse médicale**, par le docteur BAUDOUIN, *Paris*, Institut de bibliographie scientifique, 1900.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

35me SEMAINE, DU 26 AOÛT AU 1er SEPTEMBRE 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	16	13
3 mois à un an	15	21
1 an à 2 ans	4	1
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	8	7
40 à 60 ans	8	3
60 à 80 ans	4	7
80 ans et au-dessus	1	3
Total	60	57

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3	»	»	»	»	»	»	»	»	2	8	13
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6	»	»	1	1	»	1	»	»	2	12	10
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	11	»	»	2	»	»	»	1	»	3	18	23
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	10	»	»	6	»	»	»	»	»	4	22	18
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	9	»	»	2	»	»	»	»	»	2	17	10
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	10	1	»	2	»	»	»	»	»	3	17	10
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3	»	»	»	»	»	»	1	»	2	7	8
Total	»	»	»	»	»	»	»	3	4	8	58	1	»	16	1	»	1	2	»	23	117	110

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant. Th. CLERQUIN.

N° 192. Quatrième Année. N° 37 Le Numéro : **10** centimes. 16 Septembre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de certaines cardiopathies valvulaires (1)

par le professeur **Combemale**

Le rétrécissement mitral pur ou congénital est des cardiopathies valvulaires le type le mieux caractérisé anatomiquement et cliniquement, mais aussi le plus obscur dans son étiologie. Le rhumatisme articulaire aigu, les maladies infectieuses de l'enfance furent surtout invoquées comme cause étiologique jusqu'au jour ou DUROZIEZ écrivit : « cet entonnoir si pur, si net, si profond ne peut pas se former en quelques semaines : on sent là un travail long, lent, chronique par excellence, d'où l'état aigu, s'il a jamais existé, a depuis longtemps disparu ; on croit voir une malformation congénitale. » Dès lors, la congénitalité du rétrécissement mitral pur ne tarda pas à devenir l'opinion générale, laquelle hésita encore entre un arrêt de développement ou une endocardite fœtale. La notion si féconde de l'influence des toxines microbiennes qui font de la sclérose à distance et à longue portée permit, il y a quelques années, de conclure à un arrêt de développement ; et P. TEISSIER, en attribuant à la tuberculose héritée ou acquise, un rôle important dans la pathogénie de cette lésion congénitale, eut le mérite de jeter quelque lumière sur la genèse intime du rétrécissement mitral pur. Il ouvrit du même coup le champ à des hypothèses, qui du reste participent des mêmes raisons qu'il a données pour la tuberculose, et qui sont susceptibles d'expliquer les cas où cette cause étiologique ne peut être invoquée. Je veux parler de l'hérédo-syphilis et montrer qu'elle doit être rangée au nombre de ces facteurs étiologiques, au même titre que la tuberculose.

Quelques faits sont déjà en instance de classement, du reste.

La coexistence d'accidents syphilitiques, voire même de stigmates avérés d'hérédo-syphilis, chez des femmes atteintes de rétrécissement mitral pur a été récemment signalée par MM. GASTOU et KEIM et L. JACQUET, devant la Société de dermatologie et de syphiligraphie. D'autre part les faits cliniques où toutes les probabilités sont pour la syphilis des parents ne sont pas rares, et en France, PERDEREAU dans sa thèse inaugurale, HUCHARD dans une leçon récente, rapportent

(1) Communication au XIIIe Congrès international de médecine, section de pathologie générale.

des observations où la syphilis est très probablement en cause Dépendant vraisemblablement de la syphilis est aussi le fait suivant que j'ai observé naguère, et qui vient se mettre à côté de ceux dont j'ai rappelé l'existence :

Marie P..., fileuse, âgée de vingt-deux ans, mère de deux enfants, entre le 27 avril 1900 dans mon service et y meurt le 9 juin. Ses plus anciens souvenirs nous la montrent dans l'impossibilité de jouer avec les enfants de son âge ; dès qu'elle s'agitait, courait, montait un escalier, elle s'essoufflait et devait s'arrêter pour reprendre haleine. Toujours pâle et d'aspect chétif, elle vit ses premières règles à l'âge de quatorze ans, et alors s'accentuèrent beaucoup les essoufflements, qu'accompagnèrent des palpitations et depuis lors de vertiges. A l'occasion d'une première grossesse à dix-huit ans, survinrent de la toux et quelques hémoptysies, puis une fois l'accouchement fait tout rentra dans l'ordre ; une seconde grossesse à vingt ans se passa sans incidents. Néanmoins, depuis lors, palpitations, oppression permanente, accès de dyspnée nocturnes, accompagnés de sueurs profuses, douleurs angoissantes le long du bord gauche du sternum ne lui laissent guère de répit pour son travail, qu'elle ne peut faire sans exagérer son état ; aussi malgré son courage, se décide-t-elle à entrer à l'hôpital.

La pâleur du visage, la décoloration des conjonctives et des lèvres, la rougeur des pommettes frappent tout d'abord. Mais c'est l'appareil cardio-pulmonaire qui attirait l'attention. Le jour de l'entrée, nous trouvons un pouls faible, irrégulier et inégal à 110. nous constatons la matité cardiaque augmentée du côté du ventricule droit, le battement de la pointe dans le cinquième espace, le frémissement cataire présystolique ; l'état d'hyposystolie dans lequel se trouvait la malade ne permettait pas une auscultation plus précise. Lorsque par le repos le cœur eut repris du calme, le roulement diastolique et un souffle présystolique furent alternativement perçus plusieurs jours de suite à la pointe, de même que le dédoublement du second bruit, un jour.

Lors de l'entrée, un épanchement assez abondant occupait la plèvre gauche, qui s'assécha du reste en une semaine, en même temps que tombait l'éréthisme cardiaque. Une fois la plèvre libre, on chercha en vain des signes de tuberculose du poumon. L'examen des autres organes était négatif, excepté pour la menstruation qui, après avoir été irrégulière, était depuis deux mois suprimée.

Le diagnostic de rétrécissement mitral, posé de par l'examen clinique et de par l'évolution, se trouva vite vérifié par la terminaison fatale et l'autopsie.

Après une absence de quelques jours que fit la malade sur l'expresse volonté de son mari, elle rentra, le cœur véritablement affolé, en état de dyspnée permanente coupée d'accès d'orthopnée nombreux et intenses, des troubles digestifs et une albuminurie notable en plus. Bromure puis digitale restèrent sans effets : la malade succomba autant urémique qu'asystolique.

Le protocole de l'autopsie inscrit quelques adhérences pleurales récentes à gauche ; un foie muscade, des reins cardiaques. Au cœur, piqueté de taches hémorrhagiques sur le péricarde ; cavités droites dilatées et encombrées de caillots agoniques, orifices de dimensions normales. Les cavités gauches sont le siège de lésions très apparentes : l'oreillette est très dilatée, d'une contenance double environ de celle du ventricule ; l'orifice auriculo-ventriculaire en forme d'entonnoir admet à peine l'extrémité du petit doigt, les deux valvules insérées sur un anneau cartilagineux épais sont elles-mêmes épaissies, résistantes, soudées entre elles sur un segment important de leur circonférence ; sur la face ventriculaire l'une de ces valvules porte à l'insertion d'un cordage tendineux une excroissance nodulaire scléreuse de la grosseur d'un petit pois ; le ventricule ne paraît ni dilaté ni de moindre capacité que normalement ; l'orifice aortique pourvu de valvules un peu dures et cartilaginoïdes est suffisant, mais le diamètre de la portion de l'aorte qui lui fait immédiatement suite n'est que de 12 millimètres 5.

L'aplasie de l'aorte, compliquant le rétrécissement mitral, est donc la caractéristique anatomique de ce cas, qui rentre de ce fait, sans conteste, dans la catégorie des cardiopathies congénitales par arrêt de développement. Mais l'étiologie n'en est pas moins intéressante.

D'un interrogatoire, aussi serré que l'état intellectuel de la malade, peu ouvert du reste, l'a permis, nous avons appris que le père s'est suicidé par pendaison, après plusieurs tentatives, avortées du reste, au cours d'un accès de delirium tremens, à cinquante-sept ans; que la mère succomba à cinquante et un ans, quelques jours après son quinzième accouchement, d'infection puerpérale ; l'affirmation a été très nette que ses parents n'avaient jamais toussé. Ces antécédents héréditaires sont complétés par ceux-ci relatifs à sa proche famille ; de quinze enfants, six seulement sont encore en vie ; neuf sont morts en bas âge, un seizième naquit mort au septième mois. Mais, point important, l'un des frères survivants se plaint de palpitations et d'essoufflements ; nous n'avons malheureusement pu l'examiner.

Quant à la malade, en dehors de sa tendance à l'essoufflement, elle n'avait jamais présenté de rhumatisme, de chorée, de maladie infectieuse ; mais c'était une infantile, n'ayant que 1m45 de hauteur, les pieds et les mains petits et grêles, le tibia mesurant 0m31, le cubitus 0m23, présentant tout l'aspect d'une poupée.

La recherche des signes de dégénérescence révéla des bosses frontales et pariétales saillantes, les lobules de l'oreille adhérents, les incisives inférieures petites, irrégulières et crénelées, la voûte palatine ogivale ; nous ne constatâmes pas de déformations rachitiques notables ou de cicatrices lombo-fessières.

Dans cette observation, comme dans celles de Perdereau et de Huchard, l'influence de la syphilis est à

peu près certaine, à raison de la polyléthalité qui a frappé les frères et sœurs du sujet, à raison du ou des avortements qui émaillent les grossesses de la mère, à raison des signes de dégénérescence que l'on constate sur le porteur et parfois aussi sur ses frères ou sœurs, à raison des malformations cardiaques ou d'autres organes qui accompagnent le rétrécissement mitral pur. Ce n'est point ici le lieu de rechercher si le nanisme mitral dépend de la lésion cardiaque ou est une autre expression de la même cause ; nous avons tendance à le ranger, lui aussi, parmi les stigmates de l'hérédo-syphilis. Il semble donc très probable que l'hérédo-syphilis est ici en cause.

Invoquer la tuberculose n'est du reste pas de mise : les géniteurs n'étaient pas tuberculeux, l'autopsie permet d'affirmer que la malade ne portait de tuberculose nulle part. Se rabattre sur l'alcoolisme qué présentait sûrement le père lors de la conception ne doit pas rencontrer davantage de faveur ; en effet, l'alcool est stéatosant pour l'intoxiqué ; chez son descendant il provoque l'atrophie numérique des éléments, mais il ne conduit pas à la sclérose des tissus qui est la caractéristique de ce rétrécissement mitral. A ne considérer que les lésions de dégénérescence dont le sujet était porteur, l'alcoolisme aussi bien que l'hérédo-syphilis pouvaient, en effet, être incriminés, car les troubles dystrophiques que ces deux facteurs commandent dans la descendance ont des points de ressemblance ; mais si l'alcool ne sclérose pas, la syphilis emprunte souvent ce processus. Et c'est la grande raison qui doit faire triompher dans l'espèce l'hypothèse de l'hérédo-syphilis sur celle de l'alcoolisme.

Ni le rhumatisme d'autre part, ni les fièvres infectieuses ne grevaient les antécédents héréditaires et personnels de la malade. L'hérédo-syphilis a donc bien des chances d'être à l'origine de cette lésion cardiaque congénitale.

Il me paraît inutile de discuter la question préjudicielle, si l'hérédo-syphilis peut donner lieu à des malformations cardiaques ; puisqu'il est admis que la tuberculose, le rhumatisme des parents, conditionne — STREHLER, EGER, FRIEDBERG l'ont démontré — quelques cas de maladie bleue, on peut bien avec VIRCHOW et RAUCHFUSS croire établie pareille influence de la syphilis ; la syphilis a bien certainement, quoique non découvert encore, son agent-contage et ses toxines comme le bacille de KOCH et le microbe plus hypothétique d'ACHARD. Et s'il est admis que telle partie du cœur est malformée du fait de cette hérédo-syphilis, il est invraisemblable que l'orifice mitral puisse échapper à cette atteinte dans certaines circonstances.

L'observation clinique, tout comme les inductions pathogéniques qu'elle suscite et autorise, portent donc à penser que dans le nombre des cardiopathies valvulaires dites congénitales, une partie, dans une proportion que je n'essaierai pas d'établir, peut et doit reconnaître l'influence causale de l'hérédo-syphilis ; ce sont celles à mon sens où la tuberculose des ascendants manque, où le rhumatisme, les maladies fœtales ou du tout premier âge ne sont pas signalées, mais dans lesquelles polyléthalité, avortements, dystrophies diverses générales ou locales (infantilisme, anémie, rachitisme, etc.) dans la famille imposent d'eux-mêmes à l'esprit le diagnostic rétrospectif de syphilis.

N.-B. — Le sujet de cette communication a fait l'objet de la thèse très remarquée du docteur DUVIVIER, interne des hôpitaux de Lille.

Traitement opératoire des hernies inguinales (suite)

par le Médecin Principal **Moty**,
professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Hernies étranglées. — L'entrée dans la pratique courante des opérations de hernie et les travaux qu'elles ont suscités ont sensiblement modifié les anciennes méthodes d'intervention dans l'étranglement ; on pénétrait autrefois par la partie la plus saillante du sac que l'on ouvrait largement et l'on débridait en insinuant un bistouri boutonné, guidé sur l'index dans le collet de la hernie pour pratiquer un peu au hasard de petites incisions multiples sur le bord supérieur de l'anneau constricteur ; la conduite à tenir aujourd'hui est beaucoup moins aléatoire : on ouvrira le sac après incision cutanée de dix à douze centimètres remontant un peu au-dessus du trajet inguinal, en procédant comme dans une hernie ordinaire, c'est-à-dire en découvrant et en incisant l'aponévrose du grand oblique ; une fois le sac ouvert, on l'abstergera avec des tampons secs et on examinera son contenu ; s'il est tout à fait sain, même au point comprimé de l'intestin amené au dehors et soigneusement observé, on engagera la pulpe de l'index sous le bord supérieur du collet que l'on dilatera légèrement sans difficulté et l'on réduira ensuite suivant les règles classiques, c'est-à-dire en réduisant d'abord les parties sorties les

dernières ; si la dilatation était insuffisante, on renouvellerait la manœuvre.

Si l'état de l'intestin est douteux, on passe rapidement sur l'anse malade, quelques tampons montés trempés dans l'eau bouillante et on l'examine de nouveau ; si elle a repris un aspect normal, on la réduit ; dans ces deux cas, ou plutôt dans le cas où la vitalité de l'intestin n'est pas compromise, on peut traiter le sac et la paroi en laissant la paroi comme dans les hernies à froid en laissant seulement dans le canal un tube à drainage pendant quatre jours.

Si l'intestin est douteux, on peut encore réduire après ébouillantage plus énergique (cinq ou six tampons d'eau bouillante consécutifs), et même disséquer le sac après désinfection et la réséquer, mais il ne faut pas fermer son collet. En présence d'un cas de ce genre nous passerions en bourse une anse de catgut autour du collet dans lequel nous placerions un gros drain ; si tout allait bien nous enlèverions le tube le quatrième jour et nous fermerions le sac avec un serre-nœud en ajoutant au besoin un point de suture ou deux sur le canal et en laissant l'incision cutanée se fermer par deuxième intention. Nous laisserons de côté les cas de gangrène de l'intestin qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, disons seulement qu'en cas d'adhérences étendues, le mieux est de laisser la nature achever son œuvre suivant le conseil de BERGER, et qu'on ne doit s'adresser à l'anastomose latérale, à la suture circulaire après résection, à l'enfouissement de la plaque de sphacèle que dans le cas où la mobilité de l'intestin peut faire redouter la contamination du péritoine par la réduction spontanée des points sphacélés ; le drainage à la gaze ou au moins avec un tube volumineux sera de rigueur dans les sphacèles confirmés ou même seulement probables.

Il est enfin un point de pratique qui peut placer le chirurgien dans la sérieuse perplexité et qui doit au moins être rappelé ici, c'est l'infection générale aiguë produite par une hernie étranglée sans sphacèle de l'intestin. Cette infection qu'on a désignée sous le nom de péritonisme paraît correspondre à un trouble trophique aigu des tuniques intestinales qui leur enlève leur imperméabilié biologique et permet aux bacilles intestinaux de les traverser avec une facilité croissante ; ce trouble trophique paraît lui-même attribuable à la compression des vaisseaux et des nerfs des intestins herniés ; il ne s'observe pas dans les hernies non-intestinales. Le péritonisme est toujours grave, le plus souvent mortel, son diagnostic est difficile parce qu'aucun point de démarcation précis ne sépare les symptômes de l'étranglement de ceux du péritonisme et que ce dernier peut passer inaperçu jusqu'au moment où l'inefficacité de la réduction devient évidente et où la petitesse du pouls et la persistance du faciès péritonéal et de l'algidité viennent en même temps éclairer le diagnostic et assombrir le pronostic.

Il est cependant permis de dire que si l'on trouve dans un sac herniaire des anses intestinales violacées baignant dans un liquide d'odeur fécaloïde chez un malade algide à pouls rapide et faible, il faut réserver le pronostic jusqu'après les douze heures qui suivent l'intervention. L'emploi de l'ébouillantage rapide des anses intestinales et des parois du sac nous paraît un des meilleurs remèdes à cet état particulier du péritoine. mais il ne faut pas se dissimuler l'insuffisance de ce moyen ; quand apparaît le péritonisme l'infection est déjà généralisée et dépasse non seulement la cavité herniaire, mais encore le péritoine lui-même ; pour que la guérison puisse être espérée, il faut donc qu'au moment de l'ébouillantage du sac. le mal dont on vient de tarir la source ne soit pas encore au-dessus des forces de résistance de l'organisme. Mais c'est un point qu'il est peut-être impossible de déterminer avec certitude au lit du malade ou sur la table d'opération.

Dans cette incertitude, la question de laparotomie médiane suivant immédiatement la réduction doit être posée.

Ces cas de péritonisme sidérant sont trop variés pour que l'on puisse en acquérir une expérience personnelle étendue, mais en nous basant sur le cas unique que nous ayons anciennement observé et sur les faits analogues communiqués à la Société de chirurgie, nous adopterions dans une circonstance semblable la conduite suivante :

1° Ebouillantage rapide de l'intestin après nettoyage du sac; ébouillantage énergique du sac après réduction de l'intestin, et pansement avec drainage péritonéal après résection du sac, préalablement lié sur le drain.

2° Si le pouls ne se relevait pas à la fin de l'opération, laparotomie médiane suivie d'un lavage rapide de la cavité péritonéale avec eau salée à + 40° stérilisée.

L'injection sous-cutanée de sérum artificiel avant, pendant et après l'intervention serait naturellement indiquée comme moyen auxiliaire d'améliorer le pronostic : malheureusement il n'y a pas d'illusions à se faire sur les résultats de cette thérapeutique ; quelque rationnelle qu'elle puisse être, elle n'a des chances de succès que si l'infection est à son début et si l'organisme est encore en état de fournir l'effort réactionnel suffisant pour l'élimination des pepsines et la destruction des agents infectieux ; enfin le malade n'est réellement hors de danger que lorsqu'il a échappé aux chances de pneumonie consécutive.

Hernies inguinales doubles. — Les hernies inguinales doubles ne sont pas rares, mais la plupart du temps il y a, d'un côté, hernie de moyen volume et, de l'autre, pointe de hernie. Quelle est la conduite à tenir ? 1° On peut opérer les deux hernies dans une seule séance ; 2° opérer l'une d'abord et l'autre plus tard ; 3° enfin n'en opérer qu'une en mettant un bandage du côté non opéré.

Pour les hernies de volume à peu près égal, la première solution me paraît la plus avantageuse ; dans les deux cas où j'ai procédé ainsi j'ai d'abord opéré la hernie la plus volumineuse qui contenait de l'épiploon, et la plus petite ensuite, qui ne renfermait que de l'intestin : il va sans dire qu'il est inutile de rechercher l'épiploon dans la deuxième hernie s'il ne se présente pas de lui-même et qu'il faut dans ce dernier cas le traiter avec ménagement pour éviter de faire céder la première ligature.

Si l'un des côtés était étranglé, on n'opérerait que lui pour ne pas compliquer une intervention sérieuse par elle-même. Quand les hernies sont de volume très inégal, on peut toujours réserver la plus petite pour une opération ultérieure qu'on entreprend ou qu'on évite suivant les résultats de la première. Les malades opérés une fois ne redoutent plus l'intervention et la demandent d'eux-mêmes si la hernie non opérée leur cause de la gêne.

Accidents. — Nous nous proposons d'exposer ici les accidents les plus fréquents de la cure opératoire des hernies inguinales et la manière de les combattre. Sans nous arrêter aux accidents infectieux traumatiques qui doivent être très rares et que nous n'avons pas observés, nous dirons seulement que l'on doit drainer le trajet inguinal toutes les fois que l'on n'est pas certain d'avoir échappé à toute contamination de la plaie ; si d'autre part on s'apercevait au moment de l'ablation des fils que la ligne des sutures présente un peu d'irritation et de non réunion on aurait soin de panser à la gaze au sublimé au millième recouverte d'imperméable. Nous avons dû recourir à ce pansement malgré le drainage dans quelques-unes de nos premières opérations, sans qu'il en soit d'ailleurs résulté d'autre inconvénient qu'un retard de quelques jours dans la cicatrisation définitive, mais depuis deux ans nous faisons presque toujours la réunion complète de la peau sans drainage et nous ne trouvons plus trace d'infection.

Hémorragies. — Les hémorragies immédiates viennent de la blessure d'un petit vaisseau du cordon ou de l'épiploon ; il n'y a pas à tenir compte de celles des tégumenteuses qui sont faciles à saisir. Toute blessure du cordon expose à l'hémorrhagie et toute hémorrhagie du cordon complique l'opération et compromet plus ou moins ses résultats, il faut placer immédiatement des pinces sur les vaisseaux du cordon qui auraient été sectionnés.

Les hémorragies de l'épiploon sont rares, mais elles sont graves, car les vaisseaux épiploïques sont beaucoup plus volumineux que ceux du cordon ; elles se produisent ordinairement au moment où le moignon épiploïque vient de rentrer dans la cavité abdominale et proviennent d'une frange épiploïque non comprise dans la ligature et qui s'est glissée sous les ciseaux au moment où l'on réséquait la masse enserrée par le catgut. Si l'on a pris la précaution de laisser intact un des chefs de la ligature on ramène aussitôt le moignon à l'extérieur et l'on complète l'hémostase par une ligature supplémentaire de catgut. Si rien ne relie plus l'épiploon à l'extérieur on cherche à le saisir doucement avec des pinces pour le ramener au dehors et si l'on n'y réussit pas on agrandit l'ouverture abdominale par en haut et l'on saisit le moignon avec les doigts après avoir enlevé les caillots voisins. Nous n'avons observé cet accident que deux ou trois fois et en procédant comme nous venons de le dire nous avons réussi à maîtriser l'hémorragie sans beaucoup de difficultés.

Les hémorragies tardives viennent des tégumenteuses mal tordues ou du sac dont la ligature s'est relâchée ; nous avons vu les premières nécessiter la levée du pansement pendant la nuit qui suivait l'opération et les secondes déterminer la formation d'un caillot profond qui mit assez longtemps à se résorber.

Il s'agissait d'ailleurs d'une hernie crurale dont le sac fendu, tordu sur lui-même et noué plusieurs fois était naturellement plus exposé à saigner qu'un sac lié au catgut. La conclusion à tirer de ces quelques remarques, c'est qu'il faut soigner l'hémostase.

Quand on a bien réussi l'opération, la plaie doit être tout à fait étanche au moment de la réunion, et pour assurer ce résultat, nous passons un tampon imbibé de solution phéniquée à 5 % sur toute la surface cruentée avant de placer les fils profonds et nous renouvelons cette manœuvre après la suture des parois du canal. L'antipyrine en solution au dixième ou en poudre que nous avons employée pendant quelque temps ne nous a pas semblé bien supérieure à la solution phéniquée au point de vue hémostatique; nous avons du reste la conviction que la torsion méthodique des vaisseaux pincés est le plus sûr moyen de dessécher la plaie et plus notre technique a progressé, plus se sont effacés les ascensions thermiques faibles des premiers jours qui paraissent dues à la présence de sang extravasé dans les tissus.

Complications pulmonaires. — La fréquence des complications pulmonaires dans les hernies a été signalée par Lucas-Championnière ; nous avons fait la même observation et comme tous nos opérés l'ont été sans chloroforme, on ne peut incriminer que l'opération elle-même. Il s'est agi le plus souvent de grippes bénignes débutant dans les premies jours après l'opération et dont une seule a été jusqu'à la broncho-pneumonie : mais cette complication nous a paru environ quatre fois plus fréquente chez les opérés de hernie que chez les autres malades du service. Nous avons du reste remarqué avec beaucoup de satisfaction que chez aucun des opérés la grippe, même avec fièvre et toux fréquente, n'avait entravé la cicatrisation, ni compromis la solidité de la suture profonde ; une poussée de tuberculose pulmonaire chez un opéré n'empêcha pas non plus la réunion primitive dans les délais ordinaires, et le malade put rejoindre ses foyers en bonne santé apparente après retour de sa tuberculose à l'état latent.

Quoiqu'il en soit, la cure opératoire de la hernie crée certainement une susceptibilité morbide particulière du côté des organes respiratoires, susceptibilité difficile à expliquer et par conséquent à prévenir Il ne saurait être question d'infection par la plaie puisque les complications s'observent sur des opérés qui bénéficient d'une réunion primitive complète ; il n'est pas vraisemblable que la demi-diète et l'usage temporaire de l'opium puissent être, de leur côté, incriminés avec plus de justice ; nous sommes donc porté à mettre en cause une action réflexe partant soit de la ligature épiploïque, soit des tiraillements subis dans le péritoine pariétal ; les tractions exercées snr l'épiploon déterminent des coliques, la parésie de la vessie tient sans doute à la dissection élevée du sac, ces deux causes sont donc capables de produire des actions réflexes à distance, mais il faut ajouter que tous les opérés ont des coliques quand on pédiculise leur épiploon et que ceux qui ont de la paralysie vésicale ne paraissent pas plus exposés que les autres aux complications pulmonaires, ce qui équivaut à reconnaître que notre hypothèse est loin d'être confirmée.

Rétention d'urine. — La rétention d'urine se montre chez un dixième environ des opérés ; elle est ordinairement immédiate et les malades n'urinent que grâce à la sonde après leur opération ; cette petite complication dure deux ou trois jours et tout rentre dans l'ordre ; un seul cathétérisme suffit même quelfois. On voit, par contre, mais seulement chez des sujets particulièrement nerveux, la rétention d'urine reparaître après avoir disparu pendant quelques jours ou n'apparaître que tardivement. Dans la plupart des cas cette complication paraît résulter d'un phénomène réflexe partant des nerfs du bassin comme celle que l'on observe à la suite des traumatismes de la partie supérieure du fémur, même quand l'hystérie est hors de cause ; elle serait particulièrement due aux tractions exercées sur le sac ; elle est en tous cas notablement plus fréquente chez les opérés de hernie que chez les opérés d'appendicite.

Fils non tolérés. — Il nous est arrivé à plusieurs reprises d'avoir à enlever des fils de soie qui entretenaient une faible mais intarissable suppuration au fond d'une fistule consécutive à une cure radicale de hernie. Ce genre d'intervention est désagréable parce que l'on ignore la disposition du ou des fils et que l'on ne peut avoir la certitude immédiate de les avoir tous enlevés. Toutes nos sutures ayant été faites au catgut, aucun de nos opérés de hernie n'a présenté cette complication ; nos observations se trouvent à ce point de vue en concordance avec celles de beaucoup d'autres et l'usage des fils de soie nous paraît en conséquence contre-indiqué dans les opérations de hernie. Ceux qui ont l'habitude des fils de soie et qui

savent rester absolument aseptiques au cours d'une opération de hernie non étranglée pourront objecter qu'ils n'ont pas eu de suppuration consécutive et que, d'autre part, on peut observer des éliminations tardives de fils de catgut à la suite des opérations non aseptiques d'appendicite ou de hernies étranglées, mais je répondrai que je prends les faits tels qu'ils sont, sans tenir compte de leur origine, et que, personne n'étant à même de se maintenir dans des conditions d'asepsie bactériologiquement rigoureuse pendant toute la durée d'une opération de hernie, il y a tout avantage à se servir du catgut qu'un lavage au sublimé ou à l'eau phéniquée suffit à faire tolérer quand les tissus de la plaie ne sont pas profondément infectés. Qu'il puisse y avoir des échecs, ce n'est pas discutable, mais ils seront en tous cas beaucoup plus rares qu'avec les fils de soie.

Compression du cordon. — Cette complication, déjà notée par Lucas-Championnière, provient du rétrécissement exagéré du canal inguinal ; elle est assez fréquente, mais elle disparaît peu à peu spontanément. Un de nos opérés, en éprouvant une certaine gêne, se mit à porter bandage et déclara s'en trouver soulagé ; il n'a pas été suivi après sa libération, mais il est à supposer qu'il a fini par s'en passer. Il importe de ne pas confondre cette varicosité du cordon avec la véritable récidive ; celle-ci apparaît d'abord dans le canal lui-même et distend ensuite l'anneau externe, tandis que le cordon comprimé se gonfle à l'intérieur du canal à la racine des bourses et ne distend pas le canal ; de plus, la récidive va s'accentuant de plus en plus tandis que le cordon comprimé tend vers la résolution.

Complications épiploïques tardives.— On observe quelquefois des inflammations tardives de l'épiploon paraissant attribuables aux ligatures de catgut ; n'ayant pas observé le fait par nous même nous dirons seulement qu'il doit être considéré comme tout à fait exceptionnel et probablement attribuable à une prédisposition particulière dont la nature aurait besoin d'être précisée. Les travaux de Roux de Lausanne) ont en effet démontré que le péritoine résorbe ou élimine par l'intestin grêle tous les exsudats ou corps étrangers qui se forment ou pénètrent dans sa cavité sans entraîner la mort, et les observations de Michaux (Société de chirurgie, Paris) prouvent que cette puissance d'élimination dépasse ce que pouvait prévoir l'imagination ; il faut donc admettre l'entrée en ligne d'un élément particulier quand on constate la persistance d'une induration épiploïque et réserver en conséquence le pronostic de toute intervention qui deviendrait nécessaire de ce fait.

Critique des procédés de cure opératoire des hernies. — Nous admettrons, avec la grande majorité des chirurgiens, que les procédés les plus sûrs et les moins dangereux sont ceux dans lesquels on opère à ciel ouvert et nous examinerons surtout ceux qui dérivent du procédé de Bassini.

Le procédé de Bassini lui-même est incontestablement anatomique : ouvrir le canal dans toute sa longueur, enlever le sac, soulever le cordon, reconstituer l'anneau profond, puis la paroi du canal, puis enfin l'anneau externe, rien de plus clair, rien de plus précis, mais c'est un procédé théorique : comment soulever le cordon qui n'est réellement constitué qu'à sa sortie de l'anneau externe, comment suturer l'anneau profond sans risquer de blesser l'épigastrique et enfin ne pas s'exposer à de fréquentes récidives si l'on ne rétrécit pas plus sérieusement la paroi musculo-aponévrotique distendue par la hernie. C'est là en effet qu'est le point capital : rétrécir la paroi, on peut y arriver avec le procédé de Bassini, mais à condition de remplacer le surjet par des points séparés doubles comprenant quatre à cinq centimètres de paroi entre leurs chefs extrêmes ; mais c'est là un système de suture long et dangereux et c'est pourquoi la majorité des chirurgiens s'est inspirée du procédé de Lucas-Championnière qui se résume ainsi :

Ouvrir largement le canal, réséquer beaucoup d'épiploon, disséquer le sac très haut, faire la suture « un peu brutalement » avec l'aiguille de Reverdin.

Comme nous, Lucas-Championnière rejette en principe la soie, et les seules différences à relever entre son procédé et celui que nous avons suivi sont les suivantes :

1° Abandon de chloroforme inutile et toujours plus ou moins dangereux ;

2° Suture des parois avec une aiguille courbe ordinaire ou une aiguille de Hagdorn, conduite sur le doigt qui déprime les vaisseaux du cordon, ce qui permet de comprendre dans l'anse de chaque point une étendue de paroi aussi large qu'on le désire ; en doublant le point on l'empêche de se relâcher au moment

où l'on serre le nœud ; en cas de très large orifice, je procède par points en X (ou doubles points de la suture du pelletier) qui donne une puissance de striction sensiblement supérieure aux autres points.

L'ingénieux procédé de DUPLAY et CAZIN, qui consiste à utiliser en guise de fil profond le sac herniaire fendu en deux et tordu sur lui-même nous paraît avoir l'inconvénient de laisser la partie la plus élevée de la section dépourvue de compression, ce qui l'expose à saigner pendant quelque temps dans le tissu sous-péritonéal ou dans le péritoine, enfin c'est un procédé d'application difficile surtout avec les petits sacs.

Le procédé de VILLAR ou de VANVERTS (*Echo Médical du Nord*, 22 octobre 1899) ne nous paraît pas non plus avantageux ; il peut donner des succès et il a fait ses preuves comme tous les procédés, mais il serait tout à fait inapplicable aux cas de grosses hernies qui récidiveraient immédiatement si on le leur appliquait et il a pour but de parer à un inconvénient qui ne s'est pas encore présenté à notre observation, soit que la stérilisation au formol de nos catguts soit plus parfaite que par d'autres procédés, soit que l'usage des points séparés fasse mieux tolérer les catguts profonds. Il est bien certain que l'on pourrait réussir les opérations de hernie sans faire suivre l'ablation du sac d'aucune espèce de suture, mais à condition de maintenir le malade au lit pendant un temps suffisamment long ; à plus forte raison peut-on réussir avec des sutures temporaires mais non sans s'exposer à quelques mécomptes ; c'est donc une méthode qui n'aura chance de triompher qu'en s'appuyant sur une très grosse statistique.

Il ne nous semble pas nécessaire d'étudier les différents procédés d'invagination ou de relèvement sous-péritonéal du sac ; ce n'est pas la séreuse qui peut former une barrière durable à la pression des viscères, son rôle est donc tout à fait secondaire ; pourvu qu'elle rentre dans l'abdomen après sa ligature ou sa suture, c'est tout ce qu'il faut demander ; il paraît donc inutile de recourir à des manœuvres plus ou moins aveugles ou qui ne peuvent que compliquer sans profit l'opération si simple de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

J'en dirai autant du procédé de LANNELONGUE qui n'a dû son succès temporaire qu'à l'autorité de son auteur et qui, entre des mains moins habiles, a donné lieu à des complications graves. Outre leur incontestable danger, les injections de chlorure de zinc échouent souvent et peuvent compromettre les résultats de la cure opératoire ultérieure. Nous ne pouvons donc les considérer que comme un procédé téméraire sous des apparences timides et les rejeter complètement de la pratique de l'adulte.

Résultats.— Les résultats d'une cure opératoire de hernie ne peuvent être considérés comme bons que si le malade n'est plus astreint à porter bandage dans la suite ; aucun de nos opérés n'a donc fait usage du bandage en l'absence de raisons spéciales : adhérence totale de l'épiploon au sac ayant paru nécessiter la ligature en masse du sac et de son contenu ; hernie avec ascension du testicule, cure de hernie suivie de compression du cordon par le canal trop étroit, tels sont les trois cas où nous ayons dû nous écarter de la règle. Dans le dernier, le malade a lui-même demandé un bandage quelques mois après son opération et a déclaré qu'il se trouvait ainsi soulagé.

Les récidives sont rares, nous en avons eu deux dont l'une, très complète, a nécessité la réforme du patient. Cette récidive s'était produite un mois environ après l'opération sans que nous ayons pu en trouver la raison La rareté des récidives, même chez les tousseurs, s'explique au contraire très bien par la faible surface de péritoine pariétal sur laquelle s'exerce la pression abdominale quand le canal a été suffisamment rétréci.

L'autopsie d'un de nos opérés, tué par accident de chemin de fer, un peu moins de trois mois après son opération, montrait que le canal était parfaitement reconstitué et juste assez large pour le passage du cordon ; M. le médecin-major HENRIOT, qui avait fait l'autopsie, mentionnait en outre qu'il n'y avait pas de dépression du côté du péritoine pariétal correspondant à l'anneau profond, les fils étaient résorbés et il semblait que le résultat acquis était définitif comme dans le cas analogue de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (autopsie trente-six mois après).

La mortalité de nos opérés (150 environ) a été nulle et aucun n'a même été sérieusement en danger, le drainage a été fait dans les cinquante premiers cas et a été abandonné ensuite à moins de raisons spéciales, telles que suintement de sang dans la plaie ou dissection du sac particulièrement longue.

Conclusions. — La cure opératoire des hernies par le procédé de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est une opération

bien réglée, dont la mortalité se rapproche de plus en plus de zéro et dont les résultats sont satisfaisants dans plus de 98 °/₀ des cas.

Il est avantageux de la faire sans chloroforme et d'employer le catgut pour la suture profonde.

La plupart des opérations peuvent se terminer par une suture complète de la peau sans drainage.

Les crins de cheval nous paraissent avantageux pour la suture de la peau qui les tolère très longtemps.

Le port ultérieur d'un bandage est inutile, même, dans les très grosses hernies, quand la cure opératoire a pu être réellement radicale, c'est-à-dire dans 98 °/₀ des cas environ.

Sur l'antagonisme de la fièvre thyphoïde et de la syphilis

Par le docteur **Mariau**,
Médecin-major de 2me classe au 120e d'infanterie.

On vient de discuter, au récent *Congrès international de Médecine*, une question intéressante de pathologie générale : celle des associations de la syphilis avec diverses maladies infectieuses. On n'en est pas encore à énoncer des conclusions précises ; les problèmes si étendus et si complexes que cette question soulève sont seulement à l'étude. Mais, d'ores et déjà, quelques notions utiles se font jour : on sait que certaines affections, en s'associant à la syphilis, créent des hybrides à physionomie spéciale, que d'autres, sans altérer ses caractères cliniques essentiels, exaltent sa virulence, que d'autres, enfin, contrarient cette virulence. Les deux premières de ces deux catégories sont les mieux connues. Mais l'étude de la dernière est toute nouvelle. On conçoit toute l'importance, au point de vue du pronostic, de l'étude des affections antagonistes de la syphilis, et tous les documents sont bons qui peuvent y apporter quelque lumière.

Nous ne parlerons ici que d'une de ces affections, de la fièvre typhoïde. D'ailleurs, les observations rapportées jusqu'ici montrent que la fièvre typhoïde est de toutes les infections celle qui entrave le plus manifestement l'activité du virus syphilitique. Aucun fait contradictoire n'est encore venu plaider contre cet antagonisme. Aussi l'observation que nous allons rapporter, revêt, de ce chef, un intérêt tout actuel.

Voici d'abord l'opinion des syphiligraphes. M. le professeur Ducrey (rapporteur) dit que la fièvre typhoïde survenant chez un syphilitique, atténue le plus souvent et même éteint pour ainsi dire la syphilis. M. Jullien a rapporté l'histoire d'un de ses amis qui, pris de fièvre typhoïde au moment où il était atteint d'un chancre induré typique, vit le chancre se dessécher et guérir, — et, depuis 25 ans, n'a jamais présenté la moindre manifestation spécifique.

Jusqu'ici, aucune voix discordante. Tous les faits connus consacrent l'*antibiose* de la fièvre typhoïde et de la syphilis. C'est donc une chance inespérée, pour un syphilitique, de contracter la fièvre typhoïde ? Pas toujours, peut-être. Nous avons recueilli, il y a quelques années, l'observation suivante :

Le nommé C... vient nous consulter dans un état lamentable. Il porte, avec la cicatrice d'un chancre tout récent, une éruption papulo-squameuse généralisée, — et une alopécie particulièrement sévère l'a rendu presque chauve. Le mercure intervenant, tout s'amende : les syphilides rentrent sous terre, les cheveux repoussent, l'état général s'améliore. Après une année de bonne santé apparente, C... contracte une fièvre typhoïde classique, très grave, qui dure deux mois et ne guérit qu'après deux rechutes. Eh bien, pendant la convalescence, une nouvelle éruption spécifique apparaît, localisée au tronc, composée d'éléments papulo-squameux, d'une couleur jambon tout à fait caractéristique. A n'en pas douter, dans ce cas, c'est la détérioration imposée à l'organisme par la fièvre typhoïde, qui a donné à la syphilis un regain d'activité.

Opposerions-nous ce fait isolé au faisceau d'observations qui prouvent l'antagonisme des deux virus ? En aucune façon. Il reste acquis qu'il faut souhaiter à tout syphilitique, — pourvu qu'il en guérisse et qu'il n'en reste pas taré, — la fièvre typhoïde. Mais là où une série d'observations concordantes tendraient à faire admettre une extinction quasi-définitive, notre cas nous porte à voir une simple atténuation, non constante, pas toujours certaine. On pourrait se laisser aller à un excès d'optimisme dans le pronostic des syphilis éberthisées. Nous croyons bien faire de rapporter un fait qui invite à rester vigilant et à ne pas priver du traitement mercuriel, cette vraie sauvegarde, des malades souvent améliorés sans doute, mais dont rien, après tout, n'affirme l'absolue guérison.



XIIIᵉ CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du Rapport sur le Traitement de la colite muco-membraneuse

par le Dʳ Albert **Mathieu**, médecin de l'hôpital Andral

Nous nous bornerons à indiquer sommairement ici les principales indications pathogéniques et symptomatiques et les grandes lignes de la thérapeutique qui leur correspond.

1° La *constipation* est la règle dans la colite muco-membraneuse : elle est souvent spasmodique. La diarrhée, toujours passagère, est le résultat d'une débâcle ou d'une poussée de colite catarrhale.

2° Il existe toujours dans la colite muco-membraneuse une *irritation sécrétoire* de la muqueuse.

3° Le syndrome colite muco-membraneuse ne prend toute son intensité que chez les individus prédisposés par un *état névropathique antérieur*. La colite tend du reste à exagérer ce nervosisme et à le localiser sur l'abdomen. Il en est de même des ptoses viscérales.

Localement, le nervosisme amène l'hyperesthésie des parois du gros intestin et la viciation de sa motilité. C'est en particulier une cause de contractions spasmodiques.

4° L'état général et l'état local réagissent très souvent l'un sur l'autre dans la colite muco-membraneuse et s'exagèrent réciproquement. La thérapeutique doit viser ces deux éléments.

La viciation de l'alimentation, les phénomènes douloureux, l'auto-intoxication sans doute aussi, sont une cause d'anémie, d'amaigrissement et même parfois de véritable cachexie.

5° Enfin, certaines complications, les poussées aiguës dysentériformes ou fébriles, les hémorrhagies, etc., apportent au traitement des indications particulières.

La constipation est à la fois cause et effet ; il faut avant tout chercher à la faire disparaître ; sa disparition est le signe et le gage de la guérison de la colite muco-membraneuse.

On emploiera pour la combattre des moyens qui n'augmentent ni l'irritation sécrétoire, ni les phénomènes douloureux, ni la tendance au spasme. L'huile de ricin, les grands lavages, la belladone sont surtout utiles.

L'*huile de ricin* sera donnée le matin à petites doses incorporées au premier déjeuner. Son emploi alternera avec celui des grands lavements. Ceux-ci seront administrés à faible pression, lentement et à une température voisine de 40° à la dose de 1 litre 1/2 à 2 litres 1/2. Ces lavages calment l'irritation douloureuse et spasmodique de l'intestin, amènent l'évacuation des matières accumulées dans sa cavité, et exercent une action d'antisepsie mécanique.

On peut se servir de l'eau bouillie ; pour renforcer l'action antiseptique, d'une solution faible de biborate de soude ou de salicycate ; pour exercer une action modificatrice sur le catarrhe intestinal, d'une solution très étendue d'ichthyolate neutre d'ammoniaque.

On devra éviter avec soin tout ce qui pourrait produire une irritation de l'intestin, les purgatifs drastiques par exemple, les injections astringentes, le massage dans les cas où il existe une hyperesthésie marquée de l'intestin ou un spasme douloureux du côlon.

On a quelquefois recommandé de donner une alimentation riche en détritus végétaux : des légumes verts, des fruits cuits, du pain complet, etc. Beaucoup de malades ne les supportent pas, et l'on est forcé de leur prescrire un régime qui favorise la constipation, mais diminue l'irritation de la muqueuse digestive.

Les lavements d'huile sont souvent très utiles, surtout combinés avec les grands lavages à faible pression.

La *belladone* est souvent prescrite avec succès. Elle calme la douleur, et combat la tendance au spasme. Plus rarement, on aura recours à l'opium et à ses dérivés ; ils peuvent cependant être employés quelquefois.

Les applications locales chaudes et les grands bains chauds ont une action calmante très utile. Les bains prolongés et les grands lavements chauds sont la base de la cure faite à Plombières et dans les stations similaires : on y a quelquefois abusé des douches ascendantes données à une pression trop élevée.

Il est assez souvent avantageux d'agir sur le nervosisme général par l'emploi des calmants nerveux et de l'hydrothérapie. Souvent les malades sont affaiblis, amaigris, et il y a lieu de relever le taux de leur alimentation en même temps que de leur prescrire un régime plus approprié à l'état de leur tube digestif.

Les poussées dysentériformes seront combattues par des lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, les hémorrhagies par les préparations d'hamamélis et les grands lavements à 45°.

Résumé du Rapport sur les Indications de la saignée
par le professeur Georges **Hayem**, de Paris

1° Un moyen thérapeutique est *indiqué* lorsqu'il est établi qu'il procure, dans une circonstance donnée, un soulagement plus grand qu'aucun autre.

La saignée ne peut donc être considérée comme *indiquée* que dans les cas où elle agit avec une supériorité incontestable sur tous les autres procédés thérapeutiques.

2° L'emploi des saignées répétées comme méthode de traitement dite autrefois *méthode antiphlologistique*, paraît être définitivement condamné.

L'ouverture de la veine, pratiquée une fois, ou plusieurs fois à des intervalles relativement éloignés, mérite au contraire d'être conservée comme moyen utile et parfois héroïque.

3° Les cas dans lesquels la saignée est indiquée sont, d'une manière générale, ceux où la vie est mise en danger immédiat, soit par troubles de la circulation, soit par toxémie.

4° Les principales conditions dans lesquelles l'indication de la saignée est nette sont les suivantes :

Œdème aigu du poumon, particulièrement dans les maladies des gros vaisseaux et des reins ;

Certains cas de pneumonie à forme œdémateuse ou simplement congestive ;

Certains troubles mécaniques de la circulation par maladie du cœur ou des gros vaisseaux : particulièrement en cas d'hypertension artérielle, mais aussi parfois avec asystolie évidente ; formes congestives et hémorragiques de la néphrite aiguë ; congestion cérébrale et hémorragie au début, chez les malades ayant de l'hypertension artérielle ;

Urémie aiguë ou récente ;

Éclampsie puerpérale ;

Empoisonnement du sang par certains gaz, notamment par l'oxyde de carbone.

5° Dans toutes les autres conditions pathologiques, les indications de la saignée sont discutables.

Il en est notamment ainsi dans la chlorose.

6° Les indications de la saignée sont établies empiriquement par l'observation des faits. A cet égard les documents classiques de réelle valeur sont peu nombreux. Les statistiques ne sont guère utilisables, car il est très difficile de faire un groupement irréprochable de faits souvent disparates.

7° Les effets dits physiologiques des soustractions sanguines ne pourront donner qu'une idée très imparfaite des effets thérapeutiques de la saignée. Ceux-ci résultent essentiellement des conditions très particulières créées par la maladie.

Ils semblent vouloir se rattacher en grande partie, d'un côté à l'effet mécanique produit par la soustraction brusque d'une certaine quantité de sang, de l'autre à une décharge de poison.

Les faits cliniques observés avec précision prouvent que ces effets thérapeutiques sont d'une grande puissance.

8° La résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable, dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang.

Sauf aux âges extrêmes de la vie, dans les cas morbides que nous venons de signaler, une saignée d'une certaine importance (de 300 à 500 cent. cubes) est toujours facilement supportée, alors même que les malades sont sensiblement anémiés, ce qui arrive assez souvent dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale.

9° La réparation du sang s'effectue chez les malades comme à l'état physiologique, par l'intermédiaire des hématoblastes ; les éléments de la moelle des os n'y prennent aucune part.

Ces éléments ne passent dans le sang général qu'en cas de pertes de sang excessives, répétées coup sur coup.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Histoire macabre

Dans une rue peu fréquentée du quartier Montparnasse, se trouve un établissement de marchand de vin dans lequel est installé, au premier étage, une salle de billard.

Dernièrement, vers neuf heures du soir, deux jeunes gens de dix-huit à vingt ans arrivaient dans ledit établissement et demandaient au propriétaire l'autorisation de monter dans la salle du premier, histoire de faire trente points.

On leur donna de la lumière, les trois billes et tous deux se mirent gaiement à « caramboler » sur le drap vert.

Soudain l'un d'eux manquant sans doute de « procédé » fit sauter hors du billard une bille qui roula, roula, roula presque dans une chambre voisine où ronflait à poings fermés un Arabe venu à Paris pour l'Exposition, et qui le soir même avait pris possession de cette pièce.

Sans bruit, marchant, pour plus de précaution, sur la pointe

des pieds, nos deux joueurs retenant leur souffle, s'introduisirent dans la chambre de l'Arabe pour reprendre l'indispensable bille d'ivoire ; mais celle-ci, qui a roulé sous le lit, demeure introuvable.

L'un des joueurs apercevant une poignée adaptée à une caisse, se hasarde à tirer doucement, tout doucement l'objet qu'il amène peu à peu à la lumière.

Horreur et profanation !

Pâles d'effroi, les cheveux droits sur la tête, les deux jeunes gens s'enfuirent poussant un cri d'épouvante qui fait bondir hors du lit l'Arabe.

Les trois hommes, groupés maintenant dans l'escalier, se demandent s'ils ne sont pas l'objet d'une hallucination ou d'une macabre plaisanterie.

La caisse que les joueurs avaient tirée au milieu de la petite chambre n'était autre qu'un cercueil d'assez grandes dimensions et contenant le cadavre d'une jeune femme.

On apprit bientôt que ce cadavre n'était autre que celui de la bonne de l'établissement, décédée deux jours plus tôt et que l'on devait enlever le lendemain matin.

Dans leur hâte, par cupidité et afin de ne point perdre l'unique occasion de louer leur chambre un bon prix, les débitants s'étaient empressés de... repousser le cercueil sous le lit.

On ne sait pas si le fils du désert a consenti à rester dans cette pièce.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les deux joueurs sont partis sans remettre la bille au point.

Avouez qu'il y avait de quoi. *(Le Scalpel).*

NOUVELLES & INFORMATIONS

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur Edmond GUYOT, de Solesmes, âgé de 62 ans.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien vives condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

36me SEMAINE, DU 2 AU 8 SEPTEMBRE 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	14	12
3 mois à un an	12	8
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	»
20 à 40 ans	7	1
40 à 60 ans	9	5
60 à 80 ans	7	12
80 ans et au-dessus	1	2
Total	55	45

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	2	»	1	»	1	»	»	1	»	»	5
Bronchite et pneumonie	1	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	3
Maladies organiques du cœur	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	1	2	7	13	3	1	2	1	6	2	5	43
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Phtisie pulmonaire	2	1	»	4	1	»	»	1	4	»	»	13
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	»	3	3	2	4	8	2	2	1	»	1	26
TOTAL des DÉCÈS	5	9	10	21	9	15	6	4	13	2	6	100
NAISSANCES par Quartier	8	18	21	14	8	40	9	4	25	1	3	121

N° 193. Quatrième Année. N° 38. Le Numéro : **10** centimes. 23 Septembre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Maladies charbonneuses. — Charbon bactéridien Vaccination charbonneuse

Leçon faite le 21 mai 1900 à l'Institut Pasteur

par **M. C. Guérin,** chef de laboratoire

Messieurs,

Dans les leçons précédentes, on vous a parlé de la Biologie générale des microbes, on vous a fait connaître les caractères, les propriétés qui sont communs au plus grand nombre d'entre eux. Aujourd'hui nous abordons l'étude spéciale d'une catégorie de ces microbes, les pathogènes, c'est-à-dire ceux qui causent les maladies contagieuses. Nous commencerons cette étude par celle des maladies charbonneuses.

Les maladies charbonneuses, par leur extrême gravité et leur grande fréquence, ont une grande importance au point de vue agricole et vétérinaire. Elles présentent aussi un intérêt considérable au point de vue scientifique : ce sont elles qui ont servi à fonder les bases immuables de la doctrine aujourd'hui incontestée que l'agent de la contagion, que la seule cause des maladies contagieuses est un être vivant.

Elles frappent tous les animaux de la ferme, bœuf, mouton, cheval, et jusqu'à ces dernières années, elles ont fait subir à l'agriculture française des pertes considérables. Aujourd'hui nous savons en préserver l'agriculture par une pratique simple et efficace qui a mérité le nom de vaccination charbonneuse.

Historique. — Le charbon est connu depuis un temps immémorial. Homère et Moïse en ont évidemment parlé. En tous cas, les auteurs grecs et latins qui se sont occupés de l'élevage des animaux domestiques, de leur hygiène et de leurs principales maladies, l'ont décrit assez clairement. Les Grecs l'englobaient avec d'autres affections sous le nom d'anthrax et c'est encore le nom sous lequel on désigne le charbon bactéridien dans certains pays d'Europe, en Allemagne et en Angleterre. En France, l'expression anthrax a une tout autre signification.

Les auteurs anciens l'appelaient encore feu sacré (Ignis sacer). Dans les relations qui nous sont parvenues du moyen-âge, on trouve décrites un grand nombre d'épidémies qui sont manifestement de nature charbonneuse, mais on y retrouve toujours le même caractère de confusion que chez les anciens.

C'est Chabert qui, le premier, tenta de débrouiller

le chaos. Avec une rare sagacité clinique, un remarquable esprit d'observation, il élimina du charbon, les infarctus, les affections putrides et gangréneuses, il réserva le nom de charbon à cinq formes cliniques dont il donna une bonne description et qu'il considérait comme étant de même nature : la première évolue sans manifester son existence par des tumeurs extérieures : c'est une maladie générale qu'il appelle alors charbon interne ou fièvre charbonneuse. La deuxième débute d'emblée sans prodromes par des tumeurs : c'est le charbon essentiel. La troisième se manifeste aussi par des tumeurs à l'extérieur, mais leur apparition est précédée pendant quelques heures ou quelques jours, suivant le cas, par une fièvre plus ou moins intense, il l'appelle charbon symptomatique.

C'était un réel progrès et les idées de CHABERT partout adoptées en France et à l'étranger règnent en maîtresses jusqu'à ces dernières années, même alors que l'on connaissait bien et depuis longtemps déjà l'agent essentiel de la fièvre charbonneuse. Peu à peu cependant, on notait certaines particularités tendant à séparer le charbon symptomatique de la fièvre charbonneuse ; on remarquait que le premier frappait seulement les bovidés et que s'il coexistait avec le charbon interne dans certaines régions, il avait cependant nombre de foyers qui lui étaient spéciaux.

Ce n'est qu'en 1880 que MM. ARLOING, CORNEVIN et THOMAS établirent nettement qu'il y avait deux maladies distinctes. La première fièvre charbonneuse, charbon bactéridien qui frappe le bœuf, le mouton, le cheval, et qui est transmissible à l'homme, elle est due à un bacille aérobie décrit par DAVAINE en 1850 et désignée sous le nom de bactéridie charbonneuse (bacillus anthracis), l'autre qui comprend les deux dernières formes de CHABERT (charbon essentiel et charbon symptomatique) que les trois auteurs déjà nommés ont démontré être sous la dépendance exclusive d'une bactérie anaérobie (B. chauvœi) a gardé le nom de charbon symptomatique, on l'appelle encore charbon emphysémateux ou charbon bactérien ; elle atteint surtout l'espèce bovine, très rarement les moutons, et n'est transmissible ni au cheval, ni à l'homme.

Nous n'aurons à nous occuper aujourd'hui que de la première forme, du charbon bactéridien,

C'est une maladie commune dans toute l'Europe et qui, dans certaines contrées de la France, comme la Brie, la Beauce, la plaine d'Arles, le Béarn, causait chaque année des ravages énormes pouvant aller parfois jusqu'à 20 ou 30 °/₀ de l'effectif des troupeaux.

Elle est due à un microbe particulier entrevu et nettement décrit pour la première fois par le docteur DAVAINE qui l'appela bactéridie charbonneuse. Ce microbe figure dans la classification de COHN sous le nom de bacillus anthracis, ce nom rappelle l'ancienne dénomination du charbon.

Si l'on examine le cadavre d'un animal mort de charbon, on s'aperçoit que la putréfaction commence très rapidement. La bactéridie charbonneuse en privant les tissus de l'oxygène qu'ils contiennent semble précipiter l'action des ferments putrides. Aussitôt après la mort, le cadavre se ballonne par des gaz odorants qui s'infiltrent dans le tissu cellulaire, traversent parfois les tissus de la peau et refoulent les liquides dans les parties superficielles. Le tissu conjonctif sous-cutané est infiltré d'une sérosité jaunâtre et présente de place en place des ecchymoses qui paraissent dues à des embolies de bactéridies dans les capillaires les plus fins.

Le tissu musculaire montre sur sa coupe une teinte lavée, jaunâtre, il est devenu gras au toucher et très friable. Si l'animal a été saigné, les muscles présentent une coloration particulière comparable à celle de la viande du saumon et qui, pour un inspecteur de boucherie, suffit pour le diagnostic, et autorise à saisir les viandes, au moins jusqu'à ce qu'on ait constaté la présence de la bactéridie.

Le sang qui s'écoule pendant l'autopsie est noir, visqueux, boueux, imparfaitement coagulé ; le sérum lui-même est rouge violacé, il semble que les globules lui aient abandonné leur matière colorante. Le sérum imprègne les mains de l'opérateur, les tissus qu'il baigne, l'endocarde surtout, d'une sorte de teinture rouge foncée. On trouve souvent dans le poumon des foyers congestifs, parfois hémorrhagiques, qui sont dus à de véritables embolies bactéridiennes et à la rupture des capillaires obstrués. De pareilles ecchymoses s'observent également sur le mésentère, le péricarde, les oreillettes et à la base des gros vaisseaux.

En thèse générale la rate est très hypertrophiée, sa capsule est distendue, luisante avec des reflets irisés. Chez le mouton notamment, elle peut décupler de volume et être le siège de bosselures, de tumeurs à l'intérieur desquelles on trouve une pulpe friable, la boue splénique, très riche en bactéridies.

Les lésions de l'intestin sont très accusées, les vaisseaux lymphatiques qui partent de cet organe et surtout les ganglions mésentériques sont tuméfiés, congestionnés, hémorrhagiques, noyés dans une infiltration périphérique abondante ; parfois les ganglions sous-lombaires ont décuplé de volume, la muqueuse intestinale présente par places des points d'un rouge intense où les villosités semblent gorgées de sang ; parfois même il y a de véritables hémorrhagies capillaires et, chez l'homme, des ulcérations très analogues à celles de la pustule maligne où l'on observe constamment la nécrose puis l'élimination des parties centrales. Seulement ces lésions ne sont jamais fixes : tantôt elles sont disséminées sur le trajet de l'intestin; tantôt elles sont condensées en des points particuliers, parfois même on en trouve dans le cul-de-sac droit de la muqueuse gastrique ; chez les ruminants la caillette est la partie de l'appareil stomacal qui en est le plus fréquemment le siège. Le foie même aussitôt après la mort présente une teinte jaune feuille morte ; il a l'air d'être cuit.

Le rein est congestionné, ecchymosé, l'urine contenue dans le bassinet rénal et dans la vessie est presque toujours mélangée de sang, elle offre une teinte brun-chocolat.

En somme, la lésion fondamentale du charbon est l'altération du sang ; toutes les autres lésions observées ne sont que la conséquence de l'irrigation des tissus par un sang chargé de bactéridies et plus ou moins altéré par les produits de la vie de ces microbes.

Le sang a perdu son aspect caractéristique, les globules ne présentent plus la disposition en piles d'écus, mais ils forment, en s'unissant par une sorte de fusion de leur substance, des amas de couleur orangée au contour plus ou moins irrégulier, le fait n'est cependant pas absolu, ni constant et il arrive qu'au milieu d'amas informes de matière hématique, on retrouve çà et là des globules qui ont conservé leur forme et comme leur individualité.

Que la modification des globules rouges soit plus ou moins profonde, il existe dans l'intervalle des masses qu'ils forment un nombre considérable de petits corps en suspension dans le sérum, et présentant la forme de bâtonnets, de baguettes plus ou moins allongées.

Ces bâtonnêts sont rigides, parfois articulés, formant alors entre eux un angle plus ou moins obtus ; ils sont immobiles, absolument incolores, et très réfringents.

C'est en 1850 que Davaine et son maître Rayer ont aperçu les bâtonnets pour la première fois. Ils firent mention de leur découverte, sans insister d'ailleurs, à la Société de Biologie, dans une courte note intitulée : Inoculation du sang de rate : il y a, disaient-ils, dans le sang des moutons charbonneux, de petits corps filiformes, à peu près du double en longueur des globules sanguins, et n'ayant jamais de mouvements spontanés.

En 1863, Davaine, frappé de l'analogie du microbe qu'il avait observé avec le vibrion butyrique de Pasteur, reprit ses études sur le charbon. Par de nombreuses recherches expérimentales, il montra la grande vitalité de cet élément et il affirma déjà que la maladie était son fait.

En même temps, Delafond, d'Alfort, travaillait la question ; il recueillait, dans des verres de montre, du sang charbonneux, et il essayait de cultiver le microbe à la température du corps. Il vit bientôt les baguettes augmenter de longueur, prendre la forme de filaments plus ou moins déliés, qu'il fut porté à considérer, ainsi qu'il le disait : comme un mycélium très remarquable. Son travail est énorme pour l'époque et, malgré les critiques qui s'élevèrent nombreuses, il eut le courage de publier ses observations; il avait émis l'hypothèse que les bactéridies étaient de nature végétale, qu'elles devaient s'accroître et fructifier, il voulait le vérifier.

Malheureusement, à cette époque, la technique bactériologique était encore tout entière à créer, il ne put atteindre son but et il disait : « j'ai vainement cherché à voir le mécanisme de la fructification, ce à quoi j'espère néanmoins arriver. »

La mort le frappa trop tôt, il ne put achever son grand travail. Il est cependant juste de considérer Delafond comme le précurseur des théories microbiennes.

Les bactéridies ne peuvent être confondues avec les cristaux en forme de bâtonnets que l'on trouve dans le sang quelques heures après en avoir fait une préparation. Les cristaux se dissolvent dans l'éther, l'alcool, le chloroforme, les alcalis ou les acides, tandis que les bactéridies résistent à ces agents.

Au moment de la mort, ces bactéridies se rencontrent partout dans le sang, mais en quantité variable, tantôt très nombreuses, tantôt très rares et parfois difficiles à apercevoir.

Quelle que soit leur voie de pénétration dans l'organisme, elles n'apparaissent dans le sang qu'après un temps plus ou moins long, elles y ont été déversées par les lymphatiques. C'est à ce moment que les premiers symptômes apparaissent.

Quant aux phénomènes d'asphyxie qui précèdent la mort, ils s'expliquent facilement si l'on songe que :

1° La bactéridie étant un être aérobie, prive les hématies d'une grande partie de l'oxygène inspiré.

2° Elle existe parfois en nombre si considérable qu'elle forme des embolies dans les capillaires, notamment dans ceux du poumon, gênant ainsi la circulation et conséquemment l'hématose.

3° Elle donne naissance à des produits toxiques de nature diastasique qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine, de sorte que le sang ne peut plus fixer l'oxygène à son passage dans le poumon.

4° Enfin et surtout, les toxines charbonneuses exercent sur les centres respiratoires une action inhibitoire rapidement mortelle.

L'aptitude à contracter le charbon varie suivant les espèces et parfois même suivant les individus. C'est ainsi que si l'on inocule en même temps plusieurs cobayes de même âge, avec la même quantité d'un même produit charbonneux, tous les animaux succombent dans un délai sensiblement égal pour tous ; la même expérience faite sur des lapins donnera des résultats très variables, on trouve fréquemment des lapins qui offrent vis-à-vis du charbon, une résistance individuelle considérable.

Le charbon frappe surtout les herbivores domestiques ou sauvages, il semble respecter les carnassiers et surtout les oiseaux : il semble bien aussi que le régime ait une grande influence sur l'aptitude à contracter le charbon. Le rat blanc, par exemple, est naturellement difficile à rendre charbonneux ; mais une alimentation exclusivement végétale lui fait perdre sa résistance et, dès lors, il succombe rapidement à l'inoculation du charbon. Remis au régime de la viande il redevient apte à résister.

En France, le mouton est l'animal le plus susceptible au charbon ; viennent ensuite la chèvre, le bœuf, le cheval.

Les espèces sauvages, cerf, daim, chevreuil, semblent contracter facilement le charbon.

Le porc a été considéré comme réfractaire, il est en réalité très résistant. Il faut lui inoculer quatre ou cinq c³ de culture très virulente pour réussir à le tuer. Même quand il est jeune, il faut lui injecter le liquide virulent dans le tissu sous-graisseux de la gorge pour le faire périr.

Les carnassiers résistent encore mieux que le porc à la bactéridie charbonneuse. Cependant les cas de chiens morts après avoir mangé des viandes charbonneuses ne sont pas absolument rares.

L'inoculation du virus sous la peau reste sans résultat, l'inoculation intra-veineuse est le plus souvent infructueuse, même avec une forte quantité de substance viruleuse.

Si l'injection est faite dans la plèvre, l'animal succombe rapidement, surtout s'il est jeune. La sérosité pleurale très pauvre en cellules, constitue un milieu de culture très favorable.

Chez les oiseaux on peut inoculer une grande quantité de bactéridies sans les rendre malades. Dans une expérience ingénieuse demeurée célèbre, M. Pasteur a indiqué le moyen de donner le charbon à des oiseaux : en plongeant une poule dans l'eau froide, maintenue sur une planchette de manière que les pattes et les cuisses soient seules immergées, en trente-six heures, la température de la poule s'abaisse de quelques degrés et l'oiseau succombe au charbon qu'on lui a inoculé.

Il semble que le refroidissement diminue la vigueur des leucocytes et leur enlève la faculté de lutter favorablement contre les bactéridies.

Il y a aussi la contre-partie de cette expérience, on peut en effet inoculer avec succès le charbon à des animaux à sang froid (les grenouilles par exemple), qui, dans les conditions ordinaires, sont réfractaires, on les place dans l'eau à une température de 20 à 25 degrés pendant 12 ou 15 heures.

Par sa résistance, l'homme tient le milieu entre les herbivores et les omnivores, il est beaucoup plus susceptible que les carnassiers, un peu plus que le porc. Néanmoins chez lui, la bactéridie provoque d'abord une lésion locale, où l'on peut la poursuivre et la détruire sur place, avant qu'elle se soit généralisée.

C'est la pénétration de la bactéridie dans l'organisme des animaux capables de contracter le charbon qui est la cause essentielle et nécessaire de la maladie. C'est pourquoi, avant d'établir le mécanisme de la contagion, nous étudierons à grands traits la biologie de cet être si intéressant.

Dans le sang d'un animal mort de charbon, la bacté-

ridie se présente sous l'aspect d'un bâtonnet plus ou moins allongé ; il semble qu'elle soit plus longue quand la mort a été plus tardive. Vue dans le sang à l'état frais, sans coloration, la bactéridie paraît transparente, homogène dans toute sa longueur ; la coloration montre qu'il n'en est rien. Si courte qu'elle soit, la bactéridie résulte de l'association, bout à bout, d'un nombre variable d'articles un peu plus longs que larges, à extrémités coupées carrément, unis l'un à l'autre par une sorte de ciment qui ne prend pas la coloration, les petites bactéridies ont trois ou quatre articles, les plus longues sept ou huit. Dans le sang les bactéridies sont en général courtes ; dans la rate, elles sont plus longues ; cela tient sans doute à ce que le sang étant constamment agité, ces mouvements rompent les adhérences des articles, les séparent les uns des autres.

Dans les bouillons de culture, la bactéridie est très allongée, prend la forme de filaments qui s'entrecroisent dans tous les sens. Après coloration, ces filaments paraissent également formés de petits articles fortement colorés, soudés bout à bout par une matière qui reste incolore. Chaque filament constitue donc une colonie, une association d'un nombre variable d'invividus que représentent les petits masses de matière protoplasmique qui ont fixé la coloration. Chose importante à noter, tous les articles du filament bactéridien sont de longueur sensiblement égale ; au contraire les filaments du vibrion septique sont formés d'articles très inégaux en longueur.

L'élongation de la bactéridie charbonneuse se fait très vite, pourvu que la température soit favorable, et peut s'observer directement. Pour faire cette étude, R. Koch se servait d'une lame creusée en son milieu d'une petite cavité hémisphérique, il déposait sur une lamelle une goutte d'humeur aqueuse de mouton et avec une aiguille propre trempée dans du sang charbonneux, il touchait la goutte d'humeur aqueuse, il déposait ainsi une petite quantité de bactéridies dont il allait suivre le développement. Après avoir enduit de vaseline le pourtour de la lamelle, il l'appliquait sur la lame et portait la préparation dans une chambre chaude sous le champ du microscope. C'est ce que l'on appelle faire une culture en goutte suspendue : en effet la goutte d'humeur aqueuse ensemencée est comme suspendue à la face inférieure de la lamelle ; grâce à l'evidement de la lame, elle est enveloppée d'une couche d'air suffisante pour permettre le développement de la bactéridie aérobie.

Toutes les demi-heures, Koch examinait la culture, il voyait les bactéridies s'allonger et former bientôt en quelques heures des filaments homogènes s'entrecroisant en tous sens et formant de véritables écheveaux. Dès la douzième heure, il voyait déjà apparaître le long des filaments, dans leur substance jusque là parfaitement homogène, des points plus réfringents à contours d'abord mal délimités, puis devenant plus nets et limitant une petite masse arrondie ou ovoïde à reflet brillant ; ce sont les spores de la bactéridie que Delafond n'avait pas réussi à voir. Tout d'abord les spores restent disposées en série linéaire, encore incluses dans la substance propre du filament ; mais bientôt cette substance devient granuleuse par la netteté de son contour ; la moindre agitation du liquide la désagrège et met les spores en liberté ; des myriades de spores peuvent se former ainsi en quelques heures.

C'est en 1876 que R. Koch a annoncé ces faits d'une importance capitale, ils reproduisaient exactement ceux que M. Pasteur avait signalés, dès 1861, dans son travail sur le vibrion butyrique, ils n'en avaient pas moins une grande valeur.

La bactéridie charbonneuse peut donc être justement comparée à un certain nombre de plantes qui présentent deux modes de multiplication par boutures et par graines ; elle peut aussi se multiplier par scissiparité ou par sporulation.

Tout le monde sait que les boutures sont bien plus fragiles que les graines, elles ne peuvent continuer à vivre que si on les plante, dans un bref délai, après les avoir séparées de l'individu adulte ; les graines, au contraire, sont très résistantes et peuvent être conservées longtemps. C'est la forme durable de l'individu. C'est la graine qui assure la perpétuité de l'espèce. De même les spores de charbon ont une puissance de résistance infiniment plus grande que celle de l'individu lui-même.

La bactéridie exposée à une température voisine de 60° est tuée rapidement : elle meurt également sous l'influence de la dessiccation, de la putréfaction du sang, de la lumière, et des autres causes naturelles de destruction. La spore résiste au contraire à ces agents, et la dessiccation, loin de la détruire, augmente sa force de résistance. Si l'on fait dessécher dans le vide des fils de soie ou des fragments de tissus préalablement imprégnés d'une vieille culture charbonneuse riche en spores, ces spores pourront être exposées

sans périr pendant un assez long temps à une température de 100°, même après qu'on aura imbibé d'eau le fil ou le tissu qui les supporte. Au contraire, les spores qui n'ont pas été desséchées sont rapidement tuées à 100°, elles résistent fort longtemps à 90°.

C'est précisément la découverte de la spore et la connaissance approfondie de sa biologie qui ont comme illuminé tout ce que l'étiologie avait d'obscur, de mystérieux et d'incompréhensible.

Il faut bien savoir en effet que la bactéridie filamenteuse ne donne pas toujours et fatalement des spores dans quelque condition qu'elle se trouve ; dans le sang et dans les tissus d'un animal charbonneux, par exemple, jamais on ne voit de spores.

C'est que pour que la spore prenne naissance, il faut.

1° Que la bactéridie soit en milieu humide ;

2° Qu'elle soit à une température favorable ;

3° Qu'elle soit en présence de l'oxygène libre, c'est-à-dire l'oxygène non combiné comme celui que renferme le sang.

Ce sont MM. Pasteur, Chamberland et Roux qui ont établi ces conditions biologiques et qui les ont mises à profit pour créer leurs vaccins charbonneux.

De 16°, 18° comme minima à 42° comme maxima, la bactéridie donne des spores, en deçà comme au delà, elle est encore vivante, elle peut encore se développer, se multiplier, elle ne donne plus de spores.

Les conditions d'humidité et de température se trouvent bien remplies dans les cadavres charbonneux au moins pendant plusieurs jours après la mort; mais l'oxygène libre fait défaut. En sorte que les bactéridies du cadavre sont rapidement tuées par la putréfaction. Mais, dira-t-on, si la putréfaction tue les bactéridies des cadavres charbonneux, comment se fait-il que la virulence persiste là où on a enseveli ces cadavres ? Pourquoi ces champs maudits suivant l'expression pittoresque des paysans beaucerons, restent-ils dangereux si longtemps ? Et comment, dans les conditions ordinaires de la vie, les animaux deviennent-ils charbonneux.

Un propriétaire de Rozières, dans l'Oise, voyant chaque année ses troupeaux décimés par le charbon, avait eu l'idée de faire transporter les cadavres et de les enfouir dans un terrain spécial, véritable cimetière animal qu'il avait enclos d'une haie vive pour en interdire l'accès aux bestiaux. Dès lors la maladie diminua peu à peu d'intensité et finit par disparaître.

Douze ans après les derniers cas, alors que l'étude du charbon passionnait le monde médical, M. Cagny, de Senlis, signala le fait de Rozières à M. Pasteur, lequel en profita pour élucider plusieurs points importants de l'étiologie du charbon. Il vérifia d'abord la persistance du virus charbonneux dans ce champ maudit qui n'avait pas reçu un cadavre charbonneux depuis douze années ; la plupart des moutons qu'il y mit pâturer moururent du charbon.

Comment expliquer ces faits étranges ? Comment les spores, à supposer qu'elles fussent encore vivantes depuis si longtemps, avaient-elles pu remonter du fond de la fosse à la surface du sol ? Comment l'herbe avait-elle acquis des propriétés virulentes ? Tel était le problème complexe qu'il s'agissait de résoudre. Le laboratoire de M. Pasteur en donna la solution. Le cadavre enfoui se ballonne ; sous la pression des gaz, des matières sanguinolentes riches en bactérides s'écoulent par les ouvertures naturelles ; au contact de l'air dont le sol est infiltré, à la faveur de la température élevée qu'entretient la putréfaction du cadavre, ces bactéridies donnent des spores dont nous connaissons l'énorme résistance aux causes naturelles de destruction. Ces spores sont ramenées à la surface du sol par les lombrics ou vers de terre qui sillonnent incessamment la terre à une grande profondeur. Lorsque ces animaux se trouvent au voisinage des cadavres charbonneux, en même temps que de la terre, ils ingèrent des spores charbonneuses ; quand ils reviennent à la surface, incités par une légère pluie, ils rejettent sous formes de tortillons tout ce qui a résisté à l'action de leurs sucs digestifs et notamment les spores de la bactéridie. Qu'une pluie abondante vienne alors à tomber, les tortillons seront délayés et leurs éclaboussures souilleront les fourrages dont l'ingestion sur place ou à la bergerie provoquera le charbon sur quelques-uns des animaux exposés à la contagion. Cette séduisante explication souleva des critiques nombreuses surtout de la part des Allemands. La démonstration en est pourtant aisée. On recueille un matin, après une nuit humide, quelques tortillons que l'on broie avec un peu d'eau distillée, on chauffe le tout à 90°, cette précaution a pour but de tuer tous les microbes qui ne possèdent pas de pores. A cette température, seules les spores de charbon et de vibrion septique résistent. Il ne reste plus qu'à inoculer le liquide chauffé. Il importe d'inoculer un grand nombre d'animaux, car

ce liquide renferme à la fois des spores de charbon et des spores de vibrion septique; or, ces derniers évoluent plus vite que les premières, de sorte que sur vingt cobayes inoculés il en meurt environ huit de septicémie pour un de charbon, mais ce seul fait prouve que des spores charbonneuses existaient dans le tortillon.

L'enfouissement des cadavres charbonneux n'est pas la seule cause de la propagation. Avant la réglementation des ateliers d'équarrissage, les équarrisseurs collectaient dans de vastes citernes le sang et les produits liquides provenant des cadavres que l'on dépouillait; ces liquides étaient ensuite desséchés et vendus comme engrais excellent, il est vrai, mais très riche en spores charbonneuses de sorte qu'en semant cet engrais sur les exploitations on y apportait en même temps les germes du charbon; le charbon qui sévit actuellement avec intensité dans l'arrondissement d'Avesnes y a été importé dans ces conditions.

Le mécanisme de l'infection des organismes est très simple. Les spores charbonneuses ingérées en même temps que les fourrages, traversent, grâce à leur résistance, les premières portions de l'appareil digestif, puis elles vont se fixer dans les cryptes des follicules clos ou des plaques de Payer de l'intestin; elles s'y développent, pénètrent peu à peu dans les vaisseaux lymphatiques, puis envahissent les ganglions et se déversent enfin en quantités innombrables dans le système circulatoire.

Chez les animaux le diagnostic du charbon ne peut être fait que post-mortem, la rapidité de la maladie (12 ou 15 heures) empêche toute constatation, et d'ailleurs tout traitement est illusoire, la mort survient fatalement.

L'infection chez l'homme ne se fait ordinairement pas par l'appareil digestif, c'est presque toujours une inoculation cutanée qui donne naissance à la pustule maligne, d'aspect caractéristique. et dans les tissus de de laquelle on trouve facilement l'agent causal.

Pour le diagnostic post-mortem, il faut avoir recours à l'examen du sang, à la culture ou à l'inoculation. Pour ce dernier procédé, il est indispensable d'inoculer du sang frais, car déjà, 24 heures après la mort, les cadavres sont envahis par le vibrion septique, qui, ainsi que je vous l'ai dit, tue plus rapidement les animaux que le charbon.

Pour tourner la difficulté, vous pourrez avoir recours à l'inoculation intra-dermique; dans ce milieu fortement irrigué, par conséquent très oxygéné, le charbon a des chances de végéter seul, à l'exclusion du vibrion septique.

On peut préserver les animaux des atteintes du charbon par deux moyens : la prophylaxie et la vaccination.

Connaissant exactement l'étiologie et la pathogénie du charbon, il est facile d'en déduire les mesures propices à en assurer la disparition. Ces mesures comportent la destruction des cadavres charbonneux et la réglementation des clos d'équarrissage. Cette étude ne vous intéresse pas au premier chef, je ne m'étendrai que sur le second moyen de prévention : la vaccination charbonneuse.

Cette vaccination repose sur le principe de l'atténuation de la bactéridie charbonneuse, et sa transformation en race inoffensive.

On peut dire que l'atténuation des virus et leur transformation en vaccins est la plus grande conquête que la médecine générale ait faite depuis bien des siècles; conquête d'autant plus admirable qu'elle n'est pas le résultat d'un empirisme heureux comme la vaccination jennérienne, mais bien d'une déduction mathématique de la connaissance de la maladie et de la biologie de son agent causal.

Dans une leçon précédente, M. le professeur Calmette nous a dit que la culture d'un microbe, en présence de l'oxygène de l'air, pouvait amener peu à peu ce microbe à un état d'atténuation tel qu'on peut l'inoculer impunément aux animaux C'est sur ce principe qu'est fondée l'atténuation du microbe du choléra des poules et sa transformation en vaccin.

Pour la bactéridie charbonneuse nous savons qu'au contact de l'air elle donne naissance à des spores dont la virulence est immuable. Si, pour obtenir l'atténuation, la présence de l'oxygène est nécessaire, la présence de l'oxygène provoquant la formation des spores, il semble que l'atténuation de la bactéridie soit impossible à obtenir Une étude approfondie des conditions de la vie de la bactéridie a permis de tourner la difficulté en apparence insurmontable. Nous savons en effet que la bactéridie ne donne des spores qu'à condition d'être placée dans un milieu et à une température favorable comprise en 16 et 42°. Au dessous de 16° elle peut se multiplier encore, mais lentement et sans jamais donner de spores. Entre 42 et 45° elle pousse au contraire très activement, mais seulement encore à l'état de mycelium incapable de donner des spores. Il est donc indiqué, pour atténuer la virulence, de suivre la marche suivante : Placer à

l'air et dans un milieu dont la température oscille entre 42°5 et 43 les ballons ensemencés de telle sorte que l'oxygène puisse exercer son action sur des bactéridies exclusivement filamenteuses. L'atténuation est proportionnelle à la durée de l'action de l'air. On peut avoir ainsi des bactéridies à tous les degrés d'atténuation.

Pour juger du degré de virulence de ces vaccins on les inocule à des animaux de plus en plus sensibles au charbon, d'abord sur le mouton, puis successivement sur les lapins, le cobaye adulte, le très jeune cobaye, la souris blanche, la très jeune souris blanche.

Si la bactéridie est assez affaiblie pour ne plus tuer la très jeune souris blanche, elle est transformée en un microbe saprophyte n'ayant aucune propriété virulente appréciable. Si l'on s'est arrêté à un degré moins avancé on peut faire récupérer à la bactéridie sa virulence initiale en lui faisant remonter, par inoculation aux animaux, l'échelle décroissante des sensibilités, très jeune souris, souris adulte, cobaye d'un jour, de huit jours, de quinze jours, etc., jusqu'au mouton.

La sporulation de la bactéridie permet de fixer l'atténuation au degré voulu. Dès que ce degré est obtenu, on retire le ballon de culture de l'étuve chauffée à 42,5-43° et on le porte à la température de 35°. Immédiatement la culture qui, jusque-là, était restée filamenteuse, produit des spores, qui resteront immuables dans leur virulence actuelle, et qui, ensemencées plus tard dans des milieux appropriés, donneront des cultures de bactéridies ayant exactement la même virulence que celle qui vient de leur donner naissance. On a donc ainsi créé de véritables races de bactéridies capables de transmettre par hérédité à toute leur descendance les nouvelles propriétés qu'elles viennent d'acquérir.

Dans la pratique la vaccination charbonneuse comporte deux inoculations successives ; pour la première on emploie un virus très atténué qui rend les animaux fort peu malades, mais qui serait insuffisant pour leur conférer l'immunité contre la maladie naturelle. Pour la deuxième, qui se pratique dix à douze jours après, on utilise un vaccin qui tuerait la plupart des sujets s'il était inoculé d'emblée, mais qui reste inoffensif, la première vaccination ayant déjà conféré à l'organisme un certain degré d'immunité.

Les animaux acquièrent par ces deux inoculations l'immunité complète contre l'inoculation la plus virulente.

La note mémorable où M. Pasteur consigna ses résultats merveilleux souleva dans le monde savant une émotion considérable. Les plus violentes critiques s'élevèrent de toutes parts. M. Pasteur y répondit en offrant de prouver publiquement les faits qu'il avançait, par des expériences publiques qui devaient être si rigoureuses, que ses plus chauds partisans eux-mêmes étaient effrayés des conditions du programme que le maître avait tracé.

Ces expériences eurent lieu à Pouilly-le-Fort en 1881, aux frais de la Société d'agriculture de Melun. Elles portèrent sur 50 moutons dont 25 seulement furent vaccinés, les autres devant servir de témoins. Après la vaccination, les 50 moutons furent inoculés avec le même virus fort : tous les témoins devaient mourir en 48 heures, pas un des vaccinés ne devait succomber.

Chaque animal reçut 2 gouttes de virus ; avec la même seringue, on inoculait un mouton vacciné et un témoin.

48 heures après, 24 des témoins étaient morts, le 25me mourut le 3me jour. Aucun des vaccinés ne succomba.

Ces expériences répétées partout en France et à l'étranger, ont toujours donné le même résultat.

Les statistiques montrent que dans les troupeaux exposés à la contagion (les seuls où l'on vaccine en réalité) la mortalité moyenne, qui était de 15 0/0 environ, est tombée après la vaccination à moins de 1 0/0, c'est-à-dire une quantité presque négligeable.

J'espère, Messieurs, vous avoir fait comprendre tout ce que l'agriculture a retiré de profits des méthodes pastoriennes. C'est par millions que se chiffrent les bénéfices retirés de la vaccination charbonneuse, un des plus beaux fleurons de la couronne de l'immortel Pasteur.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du Rapport sur l'hérédité de la tuberculose

par M. Hutinel, de Paris.

Tout le monde est d'accord pour admettre que la tuberculose a une influence héréditaire considérable. L'hérédité tuberculeuse peut consister dans la transmission du germe, dans la transmission d'une prédisposition, ou se manifester par des troubles dystrophiques. Ces trois modes d'hérédité tantôt se superposent, tantôt existent isolément.

1° *Transmission du germe.* — *A)* La transmission du germe au moment de la conception constituerait au sens strict du mot la véritable hérédité. Cette transmission conceptionnelle n'est encore qu'une hypothèse dont aucun fait connu ne démontre la réalité et dont la vraisemblance même nous paraît problématique ; en particulier, la transmission parasitaire par le père n'est nullement prouvée.

B) Il est possible cependant qu'un fœtus naisse infecté par le germe tuberculeux : dans ce cas, il a été contagionné *in utero* par sa mère. Celle-ci est ordinairement atteinte d'une façon très grave : elle peut aussi ne présenter que des lésions peu étendues. La transmission se fait probablement à la faveur d'une lésion placentaire, parfois très localisée et facile à méconnaître.

C) La tuberculose congénitale n'a pas été rencontrée seulement chez des fœtus mort-nés ou des nourrissons succombant de bonne heure : elle a été vue également chez des enfants bien constitués et parfaitement viables : l'hérédo-contagion de la tuberculose est donc indiscutable et peut jouer un rôle dans la propagation de la phtisie.

D) Ce rôle paraît être très restreint. Pour affirmer l'extrême rareté de l'hérédo-contagion, on doit se baser, non pas sur le peu de fréquence des tubercules congénitaux (argument de médiocre valeur), ni sur la difficulté de mettre en évidence par les inoculations une bacillose congénitale (une infection limitée passant très facilement inaperçue), mais sur les arguments suivants :

I. *Rareté de la tuberculose chez les petits nés de femelles tuberculisées ou tuberculeuses et conservés en vie.*

II. *Impossible d'admettre une résistance particulière des jeunes sujets au développement du bacille,* ce que démontre : *a)* l'extrême rareté au-dessous de deux ans des tuberculoses vraiment latentes et momentanément silencieuses ; *b)* l'évolution clinique de la tuberculose du premier âge.

III. *L'étude anatomique des formes initiales de la tuberculose infantile est tout en faveur d'une infection par contagion* post partum.

2° *Hérédité hétéromorphe.* — La tuberculose des ascendants influence les enfants d'une manière évidente, et presque nécessaire au point de vue du développement physique : les tares dystrophiques qui sont le fait de cette hérédité hétéromorphe ne doivent pas être confondues avec l'hérédo-prédisposition dont elles sont distinctes tout en pouvant coïncider avec elle.

3° *Hérédo-prédisposition.* — *A)* L'observation clinique démontre l'excessive fréquence de la tuberculose chez les enfants issus de générateurs tuberculeux, ou de familles dont certains membres sont tuberculeux.

Cette fréquence excessive est due, en partie tout au moins, à une hérédo-prédisposition ; mais elle est aussi attribuable pour une certaine part, à un mode pathogénique, dont on néglige beaucoup trop l'influence dans la plupart des recherches sur l'étiologie de la tuberculose, nous voulons parler de l'auto-infection. Une grande partie des tuberculoses de l'âge adulte ou de la jeunesse sont la conséquence des foyers latents remontant au jeune âge, foyers qui relèvent presque toujours de la contagion : la tuberculose des ascendants a eu souvent pour rôle essentiel de créer cette contagion

B) L'hérédité de prédisposition se traduit fréquemment par la gravité de la maladie : non seulement l'enfant est plus exposé à la tuberculose, mais souvent il lui résiste plus mal.

C) Par contre, la tuberculose héréditaire peut se présenter aussi sous une forme atténuée, comme si l'enfant était jusqu'à un certain point immunisé. On peut expliquer ces formes par une sorte d'hérédité mixte, les ascendants, transmettant au rejeton une prédisposition à devenir tuberculeux en même temps qu'un état spécial de résistance.

4° *Prophylaxie.* — Au point de vue prophylactique, le rôle du médecin est considérable : trois tâches s'imposent à lui :

1° La protection des enfants de tuberculeux contre l'invasion bacillaire, et particulièrement contre le danger redoutable du milieu familial infecté.

Cette protection est possible, puisque l'enfant de phtisique n'est presque jamais contaminé à la naissance ; elle est réalisable, puisque nous savons de quelles manières on peut éviter à l'entourage d'un phtisique la contagion bacillaire ; elle est essentielle, puisque l'infection précoce de l'enfant détermine presque toujours la formation, soit d'une tuberculose immédiate à évolution rapide, soit d'une tuberculose larvée redoutable pour l'avenir.

2° Chez les enfants de phtisiques, un des dangers les plus sérieux consistant dans les foyers latents, sources des auto-infections ultérieures, on doit mettre en

œuvre tous les moyens d'investigation capables d'en révéler l'existence : une exploration clinique minutieuse et répétée permettra souvent un diagnostic précoce, point de départ d'une thérapeutique efficace.

3° Enfin, on doit poursuivre chez les rejetons de phtisiques l'étude et le traitement de tous les troubles de l'évolution ou de la nutrition qui permettent de soupçonner une hérédo-prédisposition tuberculeuse.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le divin guérisseur

On a arrêté à Boston un citoyen qui exerçait la profession lucrative de guérisseur « divin » — *divine healer* — par lettre. Il s'était constitué, lui tout seul, en association pour l'exercice de la « faithcure » et il traitait par correspondance.

Quarante jeunes filles suffisaient à peine à dépouiller son courrier quotidien et à répondre à ses nombreux clients.

Le prix du traitement était de 5 dollars par mois et par malade.

A ce métier facile notre homme gagnait, dit-on, 150.000 fr. par mois.

A en juger par une communication récente faite par M. BERNHEIM à la Société d'hypnologie et qui atteste l'efficacité de la « suggestion par lettre », on ne peut pas dire que le guérisseur de Boston volait absolument l'argent de ses clients.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Voici le **Programme des Cours** (semestre d'hiver) de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille ; l'ouverture en est fixée au 3 novembre 1900 :

Anatomie normale. — M. DEBIERRE, professeur. Nerfs crâniens : embryologie générale, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Histologie. — M. LAGUESSE, professeur. 2me partie du cours : muqueuses, séreuses, peau : organes de la circulation, de la digestion, de la respiration, organes génito-urinaires, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 1/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Anatomie pathologique et Pathologie générale. — M. CURTIS, professeur. Maladies de l'appareil digestif : bouche, œsophage, estomac, intestins, foie, pancréas, mardi, jeudi, à 4 heures. — Pathologie générale : la fièvre, samedi, à 4 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Clinique médicale. — M. LEMOINE, professeur. Tous les jours exercices cliniques : leçons cliniques les mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Clinique chirurgicale. — M. FOLET, professeur. Tous les jours exercices cliniques : leçons cliniques les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. CHARMEIL, professeur. Tous les jours exercices cliniques : leçons cliniques les mercredi, samedi, à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Clinique ophtalmologique. — F. DE LAPERSONNE, professeur-doyen. Tous les jours exercices cliniques : leçons cliniques les lundi, à 9 heures et jeudi, à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Thérapeutique. — M. AUSSET, agrégé, chargé du cours, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 2).

Chimie minérale et Toxicologie. — M. LESCŒUR, professeur. Métaux et métalloïdes : Application à la médecine, la pharmacie, la médecine légale, l'hygiène, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Pharmacie. — M. DEROIDE, professeur. Pharmacie chimique : étude des principaux médicaments d'origine minérale, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Histoire naturelle des Parasites. — M. Th. BARROIS, professeur. Zoologie : Anatomie et physiologie, fonctions de relation, vers et arthropodes, mollusques, lundi et jeudi, à 9 h. 1/4. — M. VERDUN, agrégé chargé du cours. Parasitologie : parasites animaux, mardi, à 3 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 6).

Cours complémentaires et annexes

Accouchements. — M. OUI, agrégé, chargé du cours. Grossesse et accouchement physiologiques, suites de couches, pratique des opérations obstétricales, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 3). — Maladies des voies urinaires. M. CARLIER, agrégé, chargé du cours. Tous les jours exercices cliniques : leçons cliniques, vendredi, à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur. — Clinique médicale des enfants. M CARRIÈRE, agrégé, chargé du cours. Tous les jours exercices cliniques; leçons cliniques, vendredi à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur. — Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes. M. GAULARD, professeur. Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires (*élèves* 1re année). Théorie et pratique des accouchements (*élèves* 2me *année*), mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à l'Hôpital de la Charité.

Conférences de MM. les agrégés (*Décret du 30 juillet 1886*).

Conférences de Pathologie interne. M. DELÉARDE, agrégé. Maladies du système nerveux : encéphale et bulbe, lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Conférences

Conférences de Physique (*pour les étudiants en pharmacie*). — M. DEMEURE, chef des travaux. Electricité, chaleur,

lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2, à la Faculté (amphithéâtre n° 5).

Conférences d'Anatomie. — M. Gérard, chef des travaux d'anatomie. Splanchnologie, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — M. Romignot, prosecteur d'anatomie. Ostéologie et arthrologie, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, à la Faculté (dans les salles de dissections).

Travaux pratiques. — Laboratoires

Dissections. — M. Gérard, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, tous les jours, de 2 h. à 4 heures, à la Faculté. — Travaux du laboratoire des cliniques. M. Deléarde, agrégé, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, tous les jours à 9 heures, au laboratoire des cliniques. — Manipulations pharmaceutiques. M. Lefèvre, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, mercredi et samedi, de 2 h. à 5 heures, à la Faculté. — Travaux pratiques d'Histoire naturelle. M. Fockeu, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, lundi de 2 à 5 h., vendredi, de 2 à 4 h. et samedi de 8 à 11 h., à la Faculté. — Exercices pratiques de Physique. M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, mardi et jeudi, de 2 h. à 4 heures, à la Faculté. — Travaux pratiques de Chimie minérale. M. Louis, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Médecine : vendredi de 2 h. à 4 heures ; pharmacie : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 5 heures, à la Faculté. — Travaux pratiques d'Anatomie pathologique. M. Raviart, préparateur. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, lundi et mercredi, de 2 à 4 heures, à la Faculté.

Chefs de clinique : MM. Painblan, Potel, Huyghe, Ingelrans, N...., N....

Dispensaires et consultations gratuites aux Hôpitaux de la Charité et de Saint-Sauveur

Maladies internes ; maladies externes ; maladies des femmes et des enfants ; maladies du larynx, de l'oreille et du nez ; maladies des femmes enceintes et des nouveau-nés ; maladies des yeux ; maladies cutanées et syphilitiques ; maladies des voies urinaires ; électrothérapie ; maladies des dents, aux jours et heures indiqués par une affiche spéciale.

Rappel des Cours du semestre d'été

Physiologie, MM. Wertheimer, professeur et Bédart, agrégé (conférences) ; Pathologie interne et pathologie expérimentale, M. Surmont, professeur ; Hygiène et Bactériologie, M. Calmette ; Médecine opératoire et maladies des voies urinaires, M. Carlier, chargé du cours ; Clinique médicale, M. Combemale, professeur ; Clinique chirurgicale, M. Dubar, professeur ; Clinique obstétricale, M. Gaulard, professeur ; Médecine légale, M. Castiaux, professeur ; Pathologie externe, M. Baudry, professeur ; Chimie organique, M. Lambling, professeur ; Physique médicale M. Doumer, professeur ; Botanique, M. Fockeu, chargé du cours ; Matière médicale, M. Morelle, professeur ; Clinique chirurgicale des enfants, M. Phocas, chargé du cours ; Conférence du laboratoire des cliniques, M. Deléarde, agrégé.

Notre « Carnet »

Nous adressons les meilleurs souhaits de bonheur à notre jeune confrère Léon Duvivier, dont le mariage avec mademoiselle Estelle Bonnet, a été célébré le 12 septembre, à Saint-Amand-les-Eaux.

— Nous relevons parmi les nominations dans le cadre des **Officiers de réserve et de l'armée territoriale**, au grade de *médecin aide-major de 2e classe de réserve*, les noms de MM. les docteurs Robilliard, d'Avesnes-le-Comte (Pas-de-Calais) ; Paquet, de Lille ; Lamotte, de Willems (Nord) ; Gérard, de Lille ; Sagot, de Samer (Pas-de-Calais) ; Eloy, de Phalempin (Nord) ; Dubois, de Fourmies (Nord).

— Par décisions ministérielles de dates diverses, a été désigné dans notre région pour le poste ci-après : M. le médecin-major de 1re classe Paul, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied, à Amiens.

Distinctions honorifiques

Parmi les nombreuses récompenses honorifiques accordées aux médecins, membres honoraires ou participants des **Sociétés de secours mutuels**, nous relevons, comme interressant notre région, celles de MM. les docteurs Leviez, d'Arras, distingué d'une *médaille d'argent* ; Lestocquoy, d'Arras ; Noquet, de Lille, honorés dune *médaille de bronze*.

Médaille d'honneur des épidémies. — Cette médaille vient d'être décernée : *En Or*, à MM. les docteurs Affre, de Beaune (Côte-d'Or) ; Camboulin, de Port-Saïd ; Bontemps, médecin aide-major à Constantine, et Crozes, médecin de colonisation à Aïn-Beïda.— *En Argent* : à MM. les docteurs Féraud, médecin des épidémies ; Zoeller, directeur du service sanitaire maritime à Philippeville ; Lafond, interne des hôpitaux de Bordeaux ; Mauban, externe des hôpitaux de Paris. — *En Bronze* : à Mme Dazaud, en religion sœur Saint-Jean, garde-malade à l'hôpital civil de Constantine, et M. Morel, infirmier à l'hôpital civil d'Oran. — La *Mention honorable* : à MM. Ahmed den Thïed, infirmier major à l'hôpital de Bougie ; Chomienne, interne de médecine à l'hôpital civil de Constantine ; Mmes Flauraud, infirmière à l'hôpital militaire de Blida, et Morénas, en religion sœur Madeleine, garde-malade à l'hôpital de Constantine.

Prix Montyon. — L'Académie française a accordé deux de ses *prix Montyon* à des médecins ; l'un au docteur Le Maguet, dont elle a en même temps couronné l'ouvrage : *Le monde médical parisien sous le grand Roi* ; l'autre au docteur Feuvrier, pour son ouvrage : *Trois ans à la cour de Perse*.

Ont été nommés **Officiers d'Académie** : MM. les docteurs Viaud, d'Agen ; Ficatier, de Bar-le-Duc ; Coutances, de Clermont-Ferrand ; Veyret, de Courpière ; Gazeau, médecin-principal de la marine ; Huet, de Paris.

Mérite agricole. — Dans la première promotion de commandeurs dans cet ordre, nous relevons le nom de MM. les professeurs Brouardel, doyen de la faculté de médecine ; Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les Drs C.-M. Lefèvre, de Paris ; Gervais Koyziewicz, de Bordeaux (Gironde) ; Grosse, médecin-major de 1re classe en retraite, à Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Panis, professeur à l'école de médecine de Reims (Marne) ; Ludot, de Sainte-Menehould (Ardennes) ; Giraud, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Pinatel, chef des travaux à l'école de médecine de Marseille ; Persac, de Buchy (Seine-Inférieure) ; Le Mercier, du Hâvre (Seine-Inférieure) ; Loisel, de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ; Lamouroux, conseiller municipal de Paris ; Grange, médecin militaire, mort à Dakar (Sénégal), de la fièvre jaune ; Quintaa, sénateur des Basses-Pyrénées ; Girard, député du Puy-de-Dôme ; Porson, de Nantes, président honoraire de l'Union des Syndicats médicaux de France ; Moussier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes ; Mérault, de Mehun-sur-Yèvre (Cher) ; Lartail, chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille ; Petit, maire de Longeau (Haute-Marne) ; Vitrey, de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) ; Etournaud, médecin des colonies, mort de la fièvre jaune, à Dakar ; Gazagne, de Remoulins (Gard) ; Meyer, de Paris ; Bezançon, de Paris ; Duprat, médecin de la *Ville de Saint-Nicolas*, perdue en mer ; Le Gall, de Paris ; Bœhrer, d'Epinal (Vosges) ; de Litardière, de Lussac (Gironde) ; Feillet, de Yffiniac.

MM. Coignard, interne des hôpitaux d'Angers ; Nollet, interne des hôpitaux de Paris ; Goujon, externe des hôpitanx de Paris ; Guignet, étudiant en médecine, de Nancy.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

36me semaine, du 2 au 8 Septembre 1900.

Age des personnes décédées a Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	7
3 mois à un an	8	7
1 an à 2 ans	1	1
2 à 5 ans	4	2
5 à 10 ans	3	2
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	8	5
40 à 60 ans	10	7
60 à 80 ans	6	7
80 ans et au-dessus	»	2
Total	46	40

Causes principales de décès

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	2	»	»	3	»	»	»	»	»	3	11	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	1	»	1	»	»	»	3	9	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	3	»	»	2	»	»	»	»	»	5	14	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	5	»	2	3	»	»	1	»	»	1	15	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	1	5	16
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	1	»	2	»	»	»	»	»	5	11	5
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	4	7	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	9
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	2	1	»	»	»	»	3	9	20
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3
Total	»	1	1	2	2	»	»	5	6	2	19	1	2	16	1	1	1	»	»	26	86	123

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 194. Quatrième Année N° 39 Le Numéro : **10** centimes. 30 Septembre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : **6 fr.**

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef · F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

MM. **Ausset,** professeur agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique; **Barrois,** professeur de parasitologie; **Bédart,** professeur agrégé, chef des travaux pratiques de physiologie; **Calmette,** professeur de bactériologie et hygiène, directeur de l'Institut Pasteur; **Carrière,** professeur agrégé, chargé d'un cours de clinique médicale des maladies des enfants et de syphilis infantile; **Carlier,** professeur agrégé, chargé d'un cours de médecine opératoire et de clinique des maladies des voies urinaires; **Charmeil,** professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; **Curtis,** professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. **Deléarde,** professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Deroide,** professeur de pharmacie; **Dubar** et **Folet,** professeurs de clinique chirurgicale; **Gaudier,** professeur agrégé; **Kéraval,** directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Lapersonne,** professeur de clinique ophtalmologique; **Looten,** médecin des hôpitaux; **Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty,** médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oui,** professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont,** professeur de pathologie interne et expérimentale.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs : **INGELRANS,** chef de clinique médicale. **POTEL,** chef de clinique chirurgicale.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La prophylaxie du tétanos dans les pays chauds (1)

Par le docteur **Calmette,**
directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Depuis la découverte de l'agent spécifique du tétanos, qui date de quinze ans à peine, nos connaissances sur l'étiologie et la prophylaxie de cette affection ont fait de rapides progrès, et maintenant, après les travaux de NICOLAIER, BEHRING et KITASATO, ROUX, VAILLARD et VINCENT, nous sommes en possession d'une méthode absolument sûre de sérothérapie préventive dont il importe de généraliser l'emploi le plus tôt possible dans toutes les colonies tropicales.

Il n'est guère de régions chaudes, excepté peut-être les déserts sablonneux du Sahara, ceux de l'Arabie et les steppes désolées de l'Asie centrale, où le tétanos ne soit endémique et ne fasse beaucoup plus de victimes que dans les pays froids et tempérés.

Toutes nos colonies françaises de l'Inde et de l'Indo-Chine, Madagascar, la Réunion, le Sénégal et la Côte occidentale d'Afrique, la Guyane et les Antilles, paient à cette affection un lourd tribut et, presque partout, le tétanos des nouveau-nés est une des principales causes de mortalité dans la population infantile.

La race noire paraît être la plus sensible, la race blanche vient au deuxième rang dans l'ordre de réceptivité et la race jaune au troisième rang. Toutefois les Malais et les Annamites qui appartiennent à la race jaune sont fréquemment atteints de tétanos. Les Chinois du Nord le sont beaucoup moins et, chez eux, le tétanos est généralement peu grave; c'est ainsi que, pendant la dernière guerre sino-japonaise le docteur DEPASSE n'eut à soigner, à l'hôpital de Tien-Tsin, que deux blessés tétaniques et tous les deux ont guéri.

Aux Etats-Unis et dans l'Amérique tropicale, on compte, proportionnellement au nombre des décès, cinq fois plus de cas de tétanos chez les noirs que chez les blancs. Aux Antilles, aux Guyanes et au Brésil, la maladie des négrillons (dite des sept jours) emporte près d'un quart des jeunes enfants. Il en est de même dans l'Inde, en Indo-Chine et sur le littoral de l'Afrique Occidentale.

Cette grande mortalité des enfants indigènes dans les premiers jours qui suivent la naissance est due à

(1) Rapport présenté au XIIIe Congrès français de médecine (section des maladies des pays chauds).

ce que les mères entourent le cordon ombilical de pansements malpropres, composés de terre argileuse, de poivre et de substances irritantes, « pour hâter la chute du cordon ».

Dans les guerres coloniales, le tétanos entre pour une partie importante parmi les causes de décès des hommes de troupes, bien que les pansements antiseptiques l'aient rendu beaucoup plus rare qu'autrefois. Lors de la récente expédition du Dahomey, le Docteur Raugé en a observé 13 cas du 18 juillet au 20 décembre 1892, sur un total de 380 blessés. Sur ces 13 cas, deux se manifestèrent à la suite de plaies accidentelles (chutes sur le sol) et les 11 autres à la suite de blessures de guerre, 4 de ces malades appartenaient à la race blanche, neuf à la race noire.

Pendant la campagne de Madagascar, le Docteur Emery-Desbrousses relève, du 17 mars au 22 juillet 1895, six décès par tétanos. 4 de ces décès se produisirent chez des soldats qui avaient reçu quelques jours auparavant des injections hypodermiques de quinine.

Lors de la guerre de l'Indépendance américaine, sur 246.712 blessures par armes à feu, 505 furent suivies de tétanos. Elles ont amené 451 décès et 54 guérisons seulement. On compte à peu près les mêmes proportions (3 à 5 pour mille décès) dans les grandes guerres européennes de la seconde moitié du siècle qui s'achève, en Crimée, en Italie et lors de la guerre franco-allemande de 1870-1871.

De multiples raisons nous imposent donc le devoir de fixer les règles de la prophylaxie du tétanos au point de vue général qui nous occupe ici.

L'étiologie de cette affection dans les pays chauds est la même que dans les pays d'Europe. Elle dérive la plupart du temps d'une plaie contuse anfractueuse, souillée de terre ou de déjections animales, dans laquelle les spores du bacille de Nicolaier ont trouvé les conditions favorables à leur évolution. Le sol des contrées marécageuses est particulièrement redoutable à cet égard. Aussi le tétanos y est-il beaucoup plus fréquent que dans les pays chauds et secs comme le Soudan, l'Algérie où le Sahara.

Dans certaines îles de l'Océanie, les indigènes empoisonnent leurs flèches de guerre avec de la vase tétanigène, ainsi que l'a montré le docteur Le Dantec. J'ai constaté moi-même, à Saïgon, que la vase des arroyos de Cochinchine renfermait toujours en abondance des spores de tétanos, que les cobayes piqués avec une pointe de bambou trempée dans cette vase succombent à peu près sûrement en cinq à dix jours à cette affection. On ne saurait donc être surpris de la fréquence extrême de la maladie chez les nouveau-nés dont la première toilette est faite le plus souvent avec l'eau plus ou moins limoneuse des rivières.

La prophylaxie du tétanos découle de ces observations.

En pays chauds, on devrait répandre dans la plus large mesure l'emploi préventif du sérum antitétanique chez les indigènes comme chez les Européens.

Les hôpitaux coloniaux, civils ou militaires, les ambulances, les postes de secours, les infirmeries régimentaires, devraient être pourvus de sérum. Tous les blessés par armes à feu, tous les opérés, tous les individus atteints de plaies susceptibles d'avoir été souillées par de la terre ou par des objets en contact avec le sol devraient recevoir, en règle générale, une injection préventive aussitôt après le premier pansement.

En ce qui concerne la prophylaxie du tétanos des nouveau-nés, il nous semble que le meilleur moyen serait d'exiger, dans chacune de nos colonies, l'institution de matrones indigènes ou de sages-femmes diplômées qui, seules, pourraient être autorisées à pratiquer l'art des accouchements, lorsqu'elles auraient justifié d'une instruction suffisante.

En Indo-Chine, à Madagascar et dans l'Inde, il existe déjà des écoles de médecine pour les officiers de santé indigènes. On pourrait, sans grands frais, décider que les médecins coloniaux de chaque poste de l'intérieur de ces pays, et aussi ceux qui exercent dans nos autres possessions, seraient chargés d'instruire chaque année les sages-femmes ou les matrones de leur circonscription. On leur apprendrait sans trop de difficultés les éléments de l'antisepsie et on leur expliquerait comment il est possible de préserver les enfants du tétanos ombilical. Si les administrations locales de nos colonies prenaient une telle mesure, il n'est pas douteux qu'un très grand nombre d'existences seraient ainsi sauvegardées, pour le plus grand bien de l'œuvre colonisatrice que nous poursuivons.

Un cas de récidive de Diphtérie

par le docteur E. Ausset, professeur agrégé, chargé de la clinique infantile à l'Université de Lille

La diphtérie est peut-être la maladie pour laquelle la prophylaxie est la plus difficile à pratiquer rigoureu-

sement. Cela tient à plusieurs causes, dont la principale est la persistance, dans la bouche, du bacille diphtérique pendant un temps assez long après la disparition de tout signe clinique. On voit, en effet, parfois des enfants se réinfecter; mais évidemment, dans ces cas, la réinfection se produit à une date relativement assez rapprochée de la première atteinte.

La persistance de ces bacilles dans la bouche des malades est cependant, dans des circonstances exceptionnelles à la vérité, très prolongée, et on en a trouvé dans la bouche d'enfants ayant eu la diphtérie plusieurs mois auparavant. Je parle bien entendu du vrai bacille de LOEFFLER, de celui sur lequel il n'existe aucune controverse et je laisse de côté les cas où l'on trouve du bacille court, considéré par quelques-uns comme du pseudo-bacille. CADET DE GASSICOURT a même cité des cas de diphtérie chronique.

L'enfant que je viens d'observer a eu sa seconde atteinte plus de cinq mois après la première. Je ne saurais affirmer s'il s'agit ici d'une réinfection par des bacilles restés dans la bouche du malade, mais cela est possible, car les parents ont été très catégoriques ; leur enfant n'a été en contact avec aucun diphtérique, et ils n'ont eu connaissance d'aucun cas dans le quartier.

Notre petit malade est entré pour la première fois dans mon service le 14 janvier 1900. Il avait une angine diphtérique avec croup. On dut pratiquer le tubage. L'examen bactériologique et les cultures nous donnèrent du LOEFFLER à formes moyennes. L'enfant resta tubé cinq jours jusqu'au 19 janvier, avec des alternatives de détubage et de réintubation. Le cas fut assez grave, se compliqua de broncho-pneumonie et d'albuminurie.

Quoiqu'il en soit, le 25 janvier il sortait cliniquement guéri ; les parents le reprirent un peu tôt et contre notre désir ; mais enfin tout signe clinique avait disparu. Il n'y avait plus rien aux poumons ; il ne restait qu'un léger nuage d'albumine.

Il nous revient le 16 juillet dernier.

Le 13 juillet, ils avaient remarqué que leur enfant était sombre et paraissait avoir de la fièvre. Les jours suivants il jouait moins, ne voulait pas manger et avait de la difficulté pour avaler. En outre, était apparue une petite toux quinteuse, légèrement voilée. Dans ces conditions les parents nous conduisent l'enfant au pavillon de la diphtérie.

L'état général est bon, la voix un peu enrouée, mais pas éteinte ; la toux est rare, légèrement quinteuse. Pas de tirage. Les amygdales sont tapissées d'un exsudat membraneux gris sale, peu épais, très adhérent ; les ganglions sous-maxillaires sont durs, tuméfiés.

L'examen bactériologique et les cultures nous montrent des LOEFFLER, formes courte et moyenne. Une inoculation a été faite à un cobaye qui, aujourd'hui, est encore en bonne santé. Vingt centimètres cubes de sérum furent injectés.

Aujourd'hui 20 juillet, l'enfant a 35°3. Les membranes ont à peu près disparu. Les ganglions sous-maxillaires sont considérablement diminués.

En face de ces récidives de la diphtérie, deux conclusions s'imposent : c'est d'abord qu'il faut continuer, pendant très longtemps après la disparition de tout signe clinique, à observer et à surveiller minutieusement ces malades ; il faut leur pratiquer très soigneusement des désinfections de la bouche et du nez, de façon à détruire tous les germes qui peuvent ainsi subsister.

Puis, si dans une famille on est appelé pour un cas de diphtérie, il faut prendre vis-à-vis des frères et sœurs des mesures de prophylaxie très sévères, quand bien même ces frères et sœurs auraient eu des atteintes antérieures. On évitera ainsi la plupart du temps des récidives et des maladies.

Etude expérimentale sur la suppression du gros intestin par l'iléosigmoïdostomie.

(Travail du laboratoire de Pathologie interne et expérimentale de la Faculté de Médecine de Lille. Professeur **Surmont**).

Par J. **Drucbert**, Interne des Hôpitaux.

Le gros intestin n'est pas un organe de luxe ; les résultats obtenus dans l'alimentation par lavements nutritifs montrent que le rôle qu'il joue dans l'absorption n'est pas négligeable. Cependant la chirurgie n'a pas craint de le supprimer, tout au moins fonctionnellement, dans certains cas.

Les opérations qui détournent les aliments du gros intestin sont des entérostomies ou des entéroanastomoses. Les anus contre nature pratiqués sur l'intestin grêle, l'anus cœcal de NÉLATON, l'anus lombaire droit d'AMUSSAT constituent la première catégorie ; il faut en rapprocher certains cas pathologiques équivalents au point de vue du résultat : ce sont les fistules iléovaginales et iléovésicales.

La seconde catégorie renferme des anastomoses créées entre l'iléon et la dernière portion du tube digestif : iléosigmoïdostomies et iléorectostomies. Ces opérations sont faites dans deux buts :

1° Guérir une fistule iléovaginale ou vésicale ; ce sont les procédés par la ligature (VERNEUIL) ou par la pince (CASAMAYOR, CHAPUT).

2° Rétablir le cours des matières soit pour guérir une occlusion intestinale, soit pour débarrasser un malade d'un anus contre nature.

Notre intention est d'étudier dans ce travail ce que devient le gros intestin quand on a détourné de lui les matières alimentaires.

Nous ne nous attarderons pas à démontrer la possibilité anatomique d'une communication de l'intestin grêle et de la terminaison du gros intestin. Les rapports du rectum et de l'S iliaque avec les anses grêles, l'existence de fistules pathologiques spontanées entre l'iléon et le gros intestin rendent évidente cette possibilité.

Wassilieff (1) a du reste montré par des mensurations, qu'on pouvait réunir l'extrémité inférieure du rectum avec une portion d'iléon prise à trente ou cinquante centimètres au plus de la valvule iléocœcale.

Il est plus intéressant de savoir s'il n'est pas dangereux pour un malade d'être privé de son gros intestin. Il suffit pour se renseigner à cet égard de parcourir quelques observations d'anus contre nature.

Par exemple Chaput (2) fait un anus crural droit sur l'intestin grêle ; onze mois après la digestion était bonne, la nutrition satisfaisante et le malade n'était pas très amaigri.

Amussat (3) fait pour une occlusion de l'intestin un anus contre nature dans le flanc droit. Depuis cette époque, l'état du malade commence à s'améliorer et, deux mois et demi après l'opération, le malade se portait très bien.

Nous-même (4) avons rapporté l'histoire d'une malade atteinte de cancer dans l'angle splénique du côlon à qui l'on avait fait, le 20 novembre 1897, un anus cœcal ; elle mourut, le 24 octobre 1899, de cachexie cancéreuse ; elle avait donc eu une survie de deux ans.

On pourrait se demander si dans les iléosigmoïdostomies, la suppression d'une portion plus ou moins grande d'intestin grêle n'est pas préjudiciable. Il suffit de citer l'exemple de malades qui ont très bien supporté de larges résections.

Le cas de Kœberlé réséquant avec succès deux mètres d'intestin grêle est classique. Monprofit (5) a réséqué le contenu d'une volumineuse hernie, soit 3 m.10 d'intestin comprenant : intestin grêle, 2 m.30 ; gros intestin (cœcum, côlon ascendant, moitié du côlon transverse), 0 m. 80. Quatre mois après l'opération l'état général du malade était satisfaisant.

(1) *Thèse de Paris*, 1895, n° 174.
(2) *Soc. de Chir.* 1894. Obs. XXX, p. 496.
(3) *In Giamboni.* Thèse de Paris, 1880, p. 31.
(4) *Echo méd. du Nord*, 1899, 24 déc.
(5) *Congrès de chir.*, 1899.

Schlatter (1) a étudié la façon dont s'effectuait la nutrition chez un homme de 23 ans, auquel il avait dû réséquer 1 m. 92 d'iléon gangréné consécutivement à une plaie pénétrante de l'abdomen. L'assimilation des albuminoïdes était bonne, mais celle des graisses était insuffisante. Cependant le malade mangeait beaucoup, et trois semaines après son entrée à l'hôpital il avait engraissé de près de 10 kilogs. Un an plus tard, ce malade avait perdu 3 kilogr. ; il se plaignait d'être facilement fatigué, mais il faut considérer que c'était un ouvrier italien trop pauvre pour s'alimenter suffisamment.

Ces exemples semblent donc démontrer qu'on peut impunément sacrifier le gros intestin et un segment d'intestin grêle, quitte à compenser, par une nourriture plus copieuse, l'insuffisance de l'assimilation.

Il serait, à ce sujet, très intéressant de connaître les résultats définitifs de l'iléosigmoïdostomie ; malheureusement la plupart des observations ont été publiées peu après l'intervention.

Chaput (2) en 1889 fit l'iléosigmoïdostomie dans les circonstances suivantes :

Malade atteint d'obstruction intestinale grave ; on pratique, le 7 septembre 1888, un anus cœcal ; le cours des matières ne se rétablit pas. Le 27 octobre, laparotomie exploratrice ; on constate un rétrécissement très étendu du côlon descendant. Le 21 mars 1899, Chaput anastomose l'S iliaque avec la fin de l'iléon et les fixe à la plaie médiane de l'abdomen. Le 27 mars, puis le 28 avril, on applique une pince sur l'éperon ; le 19 mai on suture cet anus médian. Le 22 mai, selle liquide abondante par l'anus vrai.

Le 27 juillet, il ne reste plus de l'anus médian qu'une fistule du volume d'une tête d'épingle.

Le 2 septembre, cure de l'anus cœcal avec succès. Le 31 octobre 1892, le malade revient à l'hôpital. Il a un ballonnement énorme du ventre qui a commencé à se produire dès l'oblitération de l'anus crural, mais est devenu considérable depuis quelques mois. Les gaz produits dans les côlons ascendant et transverse sont enfermés entre le valvule et le rétrécissement.

Le 9 novembre, laparotomie. Le gros intestin a

(1) *Correspond. Bl. f. Schw Aerz.* 1899, p. 147.
(2) *Arch. gén. de méd.* 1890, XXV, p. 185, 286, et *Soc. de Chir.* 1894, p. 498.

quinze à 20 centimètres de diamètre ; on crée une fistule pour permettre l'échappement des gaz.

Le malade, sorti très soulagé, est mort, en janvier 1893, de congestion pulmonaire. Il avait donc vécu quatre ans et quatre mois avec un gros intestin fonctionnellement supprimé.

Chaput et Terrillon (1), le 28 mai 1891, ont fait l'iléorectostomie chez un homme de 58 ans porteur d'un cancer du cœcum. Le 11 août 1891 le malade est en bonne santé, quoiqu'il se plaigne de douleurs liées à sa tumeur.

Littlewood (2), le 24 août 1891, pratique l'iléosigmoïdostomie (Méthode de Senn) chez un homme de 35 ans atteint d'occlusion par cancer de l'angle hépatique du côlon. Le 9 octobre, le patient, opératoirement guéri, semble bien ; il n'a pas de distension du ventre.

Comte (3), chez un vieillard de 70 ans atteint d'obstruction intestinale datant de quinze jours, due à un cancer de l'angle splénique du côlon, abouche le 20 octobre la partie inférieure de l'iléon dans le côlon descendant. Les symptômes d'occlusion persistent et le malade meurt le 22 octobre. A l'autopsie, on trouve beaucoup de matières dans le cœcum et les côlons ascendant et transverse. Il y avait péritonite et paralysie de l'intestin ; un anus contre nature eût été préférable.

Weir (4) fait, le 14 novembre 1891, l'iléosigmoïdostomie (Méthode de Senn) pour obstruction par tumeur du côlon transverse. Le 18 décembre le malade sort guéri et « augmenté en chair et en poids. »

Kœrte (5), dans un cas de tuberculose du cœcum, fait, en août 1892, une résection iléocœcale et suture les deux bouts de l'intestin à la peau ; pour remédier à cet anus contre nature il se voit forcé d'anastomoser successivement l'intestin grêle sectionné aux côlons transverse, descendant puis iliaque. Cette dernière opération ne fut pas encore suffisante ; « quelle ne fut pas ma surprise, dit l'auteur, en constatant qu'une partie des matières fécales, au lieu de suivre la voie normale, remontaient les côlons descendant et transverse, pour s'échapper au dehors par la fistule. »

(1) *Acad. de Méd.* 11 août 1891. *Semaine méd.* 1891, p. 332.
(2) *Lancet* 1892, I p. 864.
(3) *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1892, p. 285.
(4) *Med. Rec. N. Y.*, 1892, I, p. 399.
(5) *Semaine méd.* 1894, p. 203.

Kœrte sectionna alors le côlon descendant et ferma les deux bouts ; les matières fécales ne passent plus ; mais la fistule sécrétant abondamment, on enlève les portions d'intestin mises hors d'usage. Guérison complète du malade. « Bien qu'il soit encore un peu amaigri, sa nutrition ne paraît pas être compromise par cette résection très étendue de l'intestin. »

Bidwel (1), chez un homme atteint d'une tumeur inopérabe de l'angle splénique du côlon, fait une colostomie au niveau du côlon transverse ; six mois après il anastomose l'iléon et l'S iliaque.

Dans une troisième laparotomie, il sectionne l'iléon entre l'anastomose et le cœcum ; le malade guérit.

Desguin (2) a, le 2 mai 1899, pratiqué chez un homme de 45 ans, l'iléorectostomie par le procédé de Lardennois. Ce malade avait un cancer inopérable du rectum. Dès le lendemain de l'opération, le malade fut pris d'une diarrhée intense qui ne cessait que par l'opium. Le 24 juin, le malade allait bien.

A part celles de Chaput et de Kœrte, ces observations ne nous apprennent rien sur les résultats éloignés de la suppression du gros intestin par l'anastomose.

Chez quatre chiennes, nous avons anastomosé la portion terminale de l'iléon avec le gros intestin, en des points correspondant à l'S iliaque ou au commencement du rectum, puisqu'ils étaient distants de l'anus de 6 à 14 centimètres.

Le manuel opératoire suivant a été adopté : après laparotomie médiane, l'anse grêle se terminant au cœcum et le rectum sont attirés hors de la plaie. L'utérus bicorne et relativement long, gêne pour faire l'abouchement à la partie inférieure du rectum.

Après un surjet séro-séreux, incision longue de deux à trois mètres sur chacune des anses, suture des deux lèvres muqueuses, suture séro-séreuse de la lèvre antérieure de la plaie. Ces sutures faites au fil de lin et d'une seule aiguillée sont éliminées vers la cavité intestinale en un mois à six semaines. Les animaux mis à jeun le jour suivant, reprenaient le surlendemain leur nourriture habituelle, pain et eau.

Exp. I. Jeune chienne opérée le 10 avril. Elle est sacrifiée le 19 juin (soixante-dixième jour). Elle est un peu amaigrie. Le tube digestif est sectionné à l'œsophage et au ras de l'anus, puis enlevé après section du mésentère.

(1) *Clin. Soc. of London*, 25 mars 1898, p. 194, *Brit. med. J.*, 1898, p. 884.
(2) *Soc belge de Chir.*, 24 juin 1899. *Bulletin méd.* 1899, I p. 6..

Voici ses dimensions :

Intestin grêle	jusque l'anastomose..........	1.41
—	de l'anastomose au cœcum....	0.05
Gros intestin	du cœcum à l'anastomose.....	0.12
—	de l'anastomose à l'anus.....	0.14

Les fils de l'anastomose sont éliminés.

Le segment d'iléon en aval de l'anastomose est manifestement rétréci. Le calibre du gros intestin semble peu diminué ; jusqu'au cœcum il renferme en quantité des matières pâteuses. Il semble donc y avoir là une atonie du gros intestin qui se laisse encombrer par les matières refluant du rectum ; ces matières s'y condensent, s'évacuent par regorgement et c'est pour cette raison qu'au bout d'une semaine, les selles de l'animal, liquides au début, sont redevenues moulées.

Exp. II. Vieille chienne opérée le 14 avril ; on la sacrifie le 20 juin (67e jour). Cette chienne, de taille moyenne, est amaigrie, mais elle pèse encore 4.395 grammes. L'amaigrissement de ces animaux est imputable pour une bonne part à l'insuffisante nourriture, et à la vie confinée dans une cave.

DIMENSIONS DE L'INTESTIN

Intestin grêle	jusque l'anastomose.........	2.38
—	de l'anastomose au cœcum....	0.06
Gros intestin	du cœcum à l'anastomose.....	0.11
—	de l'anastomose à l'anus......	0.14

Même réplétion du gros intestin par des matières mollasses. Les fils de l'anastomose sont éliminés.

Exp. III. Jeune chienne 4.700 gr. Opérée le 5 juin. Sacrifiée le 21 juin (16e jour) ; elle pèse 3.820 gr.

DIMENSIONS DE L'INTESTIN

Intestin grêle	jusque l'anastomose..........	1 15
—	de l'anastomose au cœcum ...	0.05
Gros intestin	du cœcum à l'anastomose.....	0 07
—	de l'anastomose à l'anus	0.06

La suture est en voie d'élimination, les surjets muqueux, déjà coupés, pendent dans la lumière de l'intestin.

Très peu de matières dans le gros intestin dont le calibre est devenu plus petit que celui de l'intestin grêle.

Exp. IV. Jeune chienne, 4.440 grammes. Opérée le 8 juin ; le 17 juin, 4.095 grammes. L'animal est guéri de la première opération. On rouvre le ventre, le gros intestin est attiré hors de la plaie et sectionné à un centimètre au plus de l'anastomose. Les deux bouts sont fermés par un double plan de sutures.

Le gros intestin est donc devenu un cul-de-sac ; l'animal se trouve dans les mêmes conditions qu'un malade qui aurait subi l'anastomose pour obstruction de l'S iliaque.

Les jours suivants, les selles sont très fréquentes et toujours liquides. L'animal est triste, mange peu ; il s'amaigrit rapidement et meurt le 28 juin au matin. Il ne pèse plus que 2.935 grammes.

DIMENSIONS DE L'INTESTIN

Intestin grêle	jusque l'anastomose....	2 05
—	de l'anastomose au cœcum ...	0.05
Gros intestin	du cœcum à l'anastomose....	0.14
—	de l'anastomose à l'anus.. ..	0.09

Chez cet animal mort au 20e jour, la longueur de l'intestin a été moins modifiée que chez les autres, mais le calibre, diminué au niveau des côlons ascendant et transverse, augmente progressivement le long du côlon descendant pour se terminer en une ampoule qui contient des matières liquides mélangées de mucus. Au niveau de cette dilatation, la paroi est très amincie mais ne présente pas d'ulcérations.

En résumé, voici ce que nos expériences nous ont permis de constater :

Au point de vue de la nutrition générale, les animaux ont perdu du poids ; mais, comme nous l'avons déjà dit, leurs conditions de vie et d'alimentation rendaient cet amaigrissement inévitable. En ce qui concerne la quatrième chienne, ces conditions ne suffisant pas à justifier une perte du tiers du poids en dix jours.

Chez tous nos chiens nous avons remarqué que les selles, liquides pendant les quatre ou cinq premiers jours, revenaient progressivement à leur consistance normale. Chez notre dernier animal, après la seconde intervention, les selles sont toujours demeurées liquides.

En ce qui concerne les modifications anatomiques, la longueur du gros intestin est certainement diminuée. Nos trois premiers animaux avaient des intestins grêles de 1 m. 10 à 2 m. 44 et des gros intestins de 13 à 26 centimètres. Or, d'après Colin, les dimensions moyennes de l'intestin du chien seraient 4 m. 14 pour l'intestin grêle et 0 m. 68 pour le gros intestin. Toutes proportions gardées, il y a donc raccourcissement du gros intestin.

Quant au calibre, nous le voyons très réduit chez la chienne qui est sacrifiée au 16e jour ; au contraire il est peu diminué chez les chiennes au 67e et 70e jour. On constate en même temps chez celles-ci un amas de matières fécales dans le trajet du gros intestin.

Le segment d'iléon compris entre l'anastomose et le cœcum était chez tous les animaux aminci et diminué de calibre.

On peut conclure des constatations anatomiques qui précèdent, que lorsqu'on supprime fonctionnellement le gros intestin, cet organe devenu inutile tend à se rétracter. Ce phénomène est très manifeste dans les premiers temps, mais chez les animaux opérés

depuis longtemps, le calibre est moins diminué que chez ceux qu'on sacrifie plus tôt.

Le fait s'explique, croyons-nous, de la façon suivante : Dès les premiers jours, les selles sont liquides, les matières glissent directement de l'iléon dans le rectum et au dehors. Mais après quelque temps, la portion rétroanastomotique du gros intestin a perdu de sa tonicité, et dès lors laisse facilement refluer vers elle les matières liquides que le sphincter maintient dans le rectum. Par suite du même défaut de tonicité, les matières vont s'accumulant de plus en plus dans cette portion rétrosigmoïdale du côlon et s'y durcissent à la suite de l'absorption de la partie liquide.

Nous trouvons la preuve de notre manière de voir dans l'atrophie du segment de l'iléon, l'absence de cet engorgement fécal chez notre chienne IV à qui nous avions sectionné le côlon descendant. Tout cela nous autorise à penser que les matières qui encombrent l'intestin n'ont pas suivi la voie habituelle de l'iléon vers le cœcum, mais que ce sont au contraire des matières refluées du rectum.

C'est ce même reflux que Kœrte observa chez son malade après l'iléosigmoïdostomie, malgré la section de l'intestin grêle, et qui l'obligea de sectionner le côlon descendant.

Et alors cette conclusion s'impose, que l'iléosigmoïdostomie n'est pas suffisante pour empêcher la circulation ou plutôt la stagnation des matières dans le côlon et qu'il est nécessaire pour obtenir ce résultat dans les cas où on le cherche de joindre — comme l'a fait Kœrte — à l'anastomose iléosigmoïdale la fermeture du bout inférieur du côlon.

Résultats de l'électrolyse dans le traitement des dacryocystites

par le Dr Fage,
Médecin en Chef de l'Hospice Saint-Victor d'Amiens.

Bien que le traitement des dacryocystites se soit enrichi de nouvelles méthodes, on sait combien sont encore lents et imparfaits beaucoup de résultats. Le cathétérisme et les injections antiseptiques sont restés le procédé classique de traitement des cas simples. En présence des insuccès, on songea à remplacer le cathétérisme simple par le cathétérisme électrolytique qu'on avait déjà vanté pour les rétrécissements de l'hurèthre.

L'électrolyse avait été dès 1863 employée par Desmarres et Tripier contre les atrésies du canal nasal, sans avantage réel à cause du défaut de l'outillage et en particulier de la trop forte tension du courant

Steawenson et Jessop (1) reprirent, en la réglant mieux, la méthode dont ils se déclarèrent très satisfaits.

En 1889, M. Gorecki (2) publia un travail d'ensemble démontrant qu'après la séance électrolytique on peut presque toujours introduire sans difficulté les numéros 5 et 6 de Bowman et que dans la suite la perméabilité du canal se maintient. L'auteur mettait la sonde en communication avec le pôle négatif et plaçait l'électrode positive dans la narine correspondante, de façon à réduire au minimum la résistance extérieure entre les deux pôles.

En 1891, M. Rohmer (3) relata quelques observations favorables dont la particularité résidait dans le plus grand nombre et la plus grande fréquence des séances électrolytiques.

M. Lagrange (4) publia en 1894 un travail complet sur ce sujet. Il montra qu'il fallait employer des courants faibles et bien dosés sous peine d'avoir des cicatrices rétractiles, recouvrir les sondes d'un enduit isolant au niveau de la partie qui est en contact avec le conduit lacrymal ; enfin il nota que l'électrolyse paraissait douée d'un pouvoir bactéricide.

M. Du Gourlay (5) emploie depuis longtemps avec succès l'électrolyse non seulement dans les cas de larmoiement, mais aussi dans la dacryocystite catarrhale, même compliquée de fistule. Sur 60 malades, il dit avoir eu 50 guérisons durables et 10 améliorations.

Si l'électrolyse n'a pas été généralement adoptée, cela tient peut-être à ce qu'elle exige un outillage un peu spécial. Elle nous paraît mériter en effet d'entrer dans le nombre des méthodes courantes, si nous en jugeons par les résultats qu'elle a donnés chez nos malades.

Sans entrer dans le détail des observations, nous dirons que le cathétérisme électrolytique des voies lacrymales abrège la durée de la guérison et la rend plus stable. Dès une première séance, on obtient une dilatation marquée du canal nasal ; mais pour qu'elle

(1) Steawenson et Jessop. — *British med Journal*, 1887.
(2) Gorecki. — *Soc. franç. d'Ophtalmologie*, 1889.
(3) Rohmer. — *Revue médic. de l'Est*, 1891.
(4) Lagrange. — *Congrès intern. de Rome*, 1894.
(5) Du Gourlay. — *Ann. d'Oculistique*, Mai 1900.

soit durable et pour qu'il y ait modification de la muqueuse, il faut renouveler l'opération électrolytique plusieurs fois à six ou huit jours d'intervalle.

On voit alors l'injection passer facilement par le canal nasal, le larmoiement diminue et le catarrhe du sac, lorsqu'il y en a, avoir tendance à disparaître. Cette modification des sécrétions de la muqueuse est un point très important ; ce sont probablement les gaz produits par la décomposition électrolytique qui jouent le rôle bactéricide qu'ont démontré expérimentalement LAGRANGE et MAZET (1) qui, même avec des courants faibles, ont obtenu un retard dans l'apparition de leurs cultures et une atténuation de la virulence. De notre côté, par des examens bactériologiques répétés, nous avons pu nous rendre compte qu'à mesure que le catarrhe disparaissait sous l'influence des séances électrolytiques, la sécrétion devenait de plus en plus pauvre en microbes, et nous avons vu l'ensemencement rester stérile chez trois de nos malades dont la sécrétion renfermait au début du staphylocoque et des diplocoques.

Je me suis servi d'une pile à courants continus de 18 éléments, munie d'un collecteur et d'un galvanomètre apériodique. Les sondes sont en platine et leur diamètre conforme à la série de celles de BOWMAN ; nous en avons qui portent à la limite de leurs tiers supérieur un petit renflement olivaire destiné à être logé dans le sac. L'extrémité supérieure de la sonde porte une douille où se place le piton du cordon relié au pôle négatif. L'électrode positive se place sur la joue ou mieux dans la narine correspondante.

Pour éviter l'escharre à l'entrée du conduit, il est bon d'enduire à cette hauteur la sonde d'un vernis isolant. Le mieux est d'avoir soin de n'introduire la sonde qu'à travers un conduit débridé déjà depuis quelques jours, de façon à éviter d'agir sur des surfaces cruentées. Pour la même raison, est-il bon de s'abstenir de faire passer le courant lorsque la sonde a éraillé et fait saigner la muqueuse.

La règle est de n'employer que des courants faibles, de 5 à 8 milliampères, pendant une durée moyenne de cinq minutes, en augmentant et diminuant progressivement l'intensité du courant à l'aide d'un collecteur. Le malade éprouve, au moment de l'application, quelques petits scintillements, un endolorissement du côté des gencives et un goût métallique dans la bouche. Je n'ai jamais noté d'accident et, en particulier, pas de cicatrice rétractile, ainsi que cela arrive avec des intensités trop fortes.

Dès la première application d'électrolyse, le canal nasal devient perméable et laisse passer l'injection ; mais pour modifier l'état de la muqueuse, pour diminuer ou tarir la sécrétion, il faut pratiquer un nombre plus grand d'électrolyses. J'emploie pour la première un courant de 6 à 7 milliampères, pour les autres 4 à 5 milliampères, et j'ai été amené à faire ainsi pendant un traitement de trois mois huit et dix séances électrolytiques, sans préjudice des injections antiseptiques.

J'ai obtenu des résultats très satisfaisants : des malades dont l'état restait stationnaire avec le traitement ordinaire, se déclaraient beaucoup mieux dès les premières séances d'électrolyse. J'ai achevé des guérisons qui, après curettage du sac, ne faisaient plus de progrès.

Ce n'est pas à dire que l'électrolyse ait toujours une action définitive ; c'est surtout un moyen plus prompt, plus actif, pouvant prévenir des curettages du sac.

Nous ne pensons pas que l'électrolyse puisse être substituée aux opérations nécessitées par des altérations profondes de la muqueuse avec dilatation du sac ou fistule. Mais, même dans ces cas, elle peut être un complément utile qui permet d'abréger et d'achever la guérison.

(1) LAGRANGE ET MAZET. — *Rec. d'Ophtalmologie*, 1893.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Résumé du Rapport
Sur le Traitement de la lithiase biliaire

Par MM. A. Gilbert et L. Fournier, de Paris.

I. — Nature de la lithiase biliaire.

La lithiase biliaire est, dans la généralité des cas, le résultat d'une action microbienne — et le plus ordinairement d'une action colibacillaire — sur la muqueuse des voies d'excrétion de la bile (canaux intra-hépatiques, canaux extra-hépatiques, vésicule).

L'infection ascendante par des germes faiblement mais suffisamment virulents détermine une angiocholécystite catarrhale, superficielle ; le mucus abondamment sécrété, l'épithélium desquamé et dégénéré, fournissent en grande quantité la chaux et la cholestérine, éléments constitutifs principaux des calculs. La chaux se combine aux pigments pour former des

composés insolubles. Les petits précipités de bilirubinate de chaux, les cellules épithéliales desquamées, agglutinés par le mucus, peuvent former les centres primitifs, les noyaux des calculs.

La lithiase biliaire constitue donc le type des lithiases d'origine pariétale, que l'on peut opposer aux lithiases d'origine sécrétoire.

L'infection ascendante des voies biliaires se réalise d'une façon extrêmement fréquente et sous des influences trop variées ; la stase biliaire en est la condition essentielle. Celle-ci agit encore en retenant dans les voies d'excrétion les calculs jeunes, peu volumineux et mous, et en permettant ainsi leur accroissement et leur augmentation de consistance.

Il n'est pas impossible que certaines hétéro ou auto-intoxications soient lithogènes par ce même processus de l'angiocholécystite catarrhale.

II. — *Guérisons spontanées et pseudo-guérisons.*

On peut concevoir la possibilité d'une guérison spontanée de la lithiase biliaire par l'expulsion des calculs déjà formés et la *restitutio ad integrum* de la muqueuses des voies biliaires. Sans doute il en est ainsi dans bien des circonstances, en particulier pour les lithiases récentes. Ce sont alors des lithiases avortées, dans lesquelles le produit lithiasique est expulsé avant terme, avant sa maturation complète. Le retour à l'état normal de la chasse biliaire est, d'autre part, la condition essentielle de la guérison des infections biliaires superficielles.

Les calculs peuvent être expulsés par des fistules ; les fistules cholédoco-duodénales sont les plus favorables.

L'atrophie et le ratatinement de la vésicule sur des calculs, l'enkystement de ceux-ci ne constituent que des pseudo-guérisons, ne mettant nullement les malades à l'abri de certaines complications graves.

III. — *Prophylaxie.*

Certaines règles hygiéniques constituent par elles-mêmes de véritables moyens prophylactiques contre la lithiase (repas réguliers et peu espacés, usage de vêtements ne produisant ni déplacements ni déformation des organes abdominaux, exercices, etc., surveillance des fonctions digestives) ; un de leurs principaux résultats est, en effet, d'empêcher dans une certaine mesure la stase biliaire et l'infection ascendante.

Le traitement prophylactique devrait être complété, dans tous les cas où se retrouvent les conditions étiologiques habituelles de la lithiase, par une série de moyens thérapeutiques (usage des alcalins, des cholagogues, massage abdominal et en particulier de la vésicule, grands lavages froids de l'intestin), et cela en particulier après les grossesses, après les maladies générales s'accompagnant fréquemment d'infections biliaires ascendantes (fièvre typhoïde, malaria).

IV. — *Traitement de la lithiase réalisée.*

Les mêmes prescriptions hygiéniques s'appliquent au traitement de la lithiase réalisée.

L'étude de l'action des différents cholagogues et des différents lithontriptiques ne permet point à l'heure actuelle d'espérer obtenir, grâce à eux, la guérison de la lithiase biliaire.

Il est évident toutefois que l'expulsion de nombreux calculs, que des améliorations considérables sinon de véritables sont obtenues par des cures régulières dans certaines stations hydro-minérales.

Nous pensons, d'autre part, que la question des lithontriptiques n'est pas encore complètement résolue, et que des recherches ayant pour but la fragmentation, la destruction des calculs dans les voies biliaires méritent d'être poursuivies.

Un tel résultat, s'il était obtenu, bien que ne s'adressant pas à la cause même mais à l'effet, serait d'autant plus appréciable que le danger pour un lithiasique provient, pour une grande part, de ses calculs mêmes.

La présence de ceux-ci dans les voies biliaires, leurs migrations normales et surtout anormales sont, en effet, les causes les plus puissantes d'infections secondaires parfois d'une haute gravité, et d'altérations profondes non seulement des voies biliaires mais aussi du foie lui-même.

V. — *Indications de l'intervention chirurgicale.*

La menace de complications sérieuse de la lithiase constitue l'indication essentielle de l'intervention chirurgicale.

Les signes d'une obstruction chronique du cholédoque, la tumeur biliaire, les signes d'angiocholite intra-hépatique, l'existence de crises douloureuses trop fréquemment répétées, surtout si elles s'accompagnent de phénomènes fébriles, telles sont les principales circonstances dans lesquelles cette intervention devra être envisagée.

Les progrès récents de la chirurgie biliaire ont rendu beaucoup moins grave le pronostic des lithiases compliquées.

Variétés & Anecdotes

A propos des récentes décorations, notre collègue et aussi le *Progrès Médical*, fait la très judicieuse réflexion suivante, à laquelle nous nous associons d'autant plus qu'elle nous était aussi, et tout naturellement venue à l'esprit :

« L'*Officiel* offre parfois de bien curieuses inconséquences ; dans la même promotion où le docteur LEGRAIN est récompensé, par la croix, de l'active et admirable campagne qu'il dirige contre l'alcoolisme, on trouve M. CUSENIER, distillateur, le fabricant de liqueurs bien connu, promu officier, pas probablement pour le même motif que M. LEGRAIN ; c'est ce que l'on peut appeler le système des compensations ! »

(*La Tribune Médicale*). J. N.

Au régime lacté

Sonnet par A. VETTARD *(Midi médical)*

« *O bisques odorantes, poissons orgueilleux, gibiers parfumés, végétaux délicats, volailles rebondies, se peut-il que vous ayez si vite disparu !* » Ch. MONSELET.

« Du lait, rien que du lait pour unique breuvage !
« Et que cette boisson suffise à vous nourrir,
« Si vous voulez du mal arrêter le ravage. »
Me dit le médecin chargé de me guérir.

Quoi ! depuis si longtemps que j'en suis au sevrage,
A ce fade liquide il me faut recourir !
Vais-je aussi, reprenant les jeux du premier âge,
Retomber dans l'enfance avant que de mourir ?

Adieu, vins généreux et, parfois, bonne chère,
Qui plus au cœur qu'aux dents m'a toujours été chère
Lorsqu'avec des amis je festoyais le soir.

Du lait pour seul nectar et pour seule ambroisie !
O docteur ! d'un malade oyez la fantaisie !
A ce régime blanc je vois la vie en noir.

Le Bain de pieds

Par le Docteur **Good Health**

Dans une curieuse étude sur l'hydrothérapie rationnelle, le Dr KELLOGG nous fait connaître pratiquement ce qu'est réellement le bain de pieds et comme il doit être pris. N'en déplaise aux princes de la science, nombreux sont encore leurs malades qui, même en état de santé, ne savent qu'imparfaitement la pratique de ce précieux adjuvant de la santé... et de la propreté. Le bain de pieds doit être froid, chaud ou alternativement chaud et froid.

Le bain de pieds froid ne doit jamais durer plus de cinq minutes : les pieds sont placés dans le bassin à ce destiné et l'eau et versée progressivement, aux moyens de tubes spéciaux autant que possible ; des frictions assez fortes doivent toujours accompagner l'immersion. Une forte réaction doit suivre l'emploi de ce bain et on ne doit jamais laisser les extrémités inférieures conserver aucun vestige d'humidité ; il ne faut même pas craindre de pousser les frictions sèches après la sortie jusqu'à la rubéfaction. Quoique moins utile que le bain de pieds chaud pour produire des effets révulsifs certains, le bain froid rend de grands services dans la congestion cérébrale, l'hémorragie interne et la persistance du froid aux pieds, quelque étrange que cela puisse paraître. On ne doit cependant en faire usage qu'avec certaines précautions, surtout si la température de l'eau est particulièrement froide.

Le bain de pieds superficiel est un dérivé du bain froid avec une quantité d'eau très minime suffisante pour mouiller seulement les orteils. Les extrémités sont alternativement plongées dans l'eau pendant une minute puis retirées et frottées à sec pendant une minute et demie pour être replongées ensuite dans le bain : cette opération se renouvelle 3 ou 4 fois pour chaque pied. La puissance réactive de ce traitement a donné de bons résultats dans la frégidité chronique des extrémités inférieures et dans certaines formes de névralgies.

Le bain de pieds chaud est pris à une température qui doit aller en augmentant tant qu'on peut la supporter sans souffrance; sa durée varie de 5 minutes à une demi-heure. Les pieds doivent être totalement immergés. Particulièrement efficace pour régulariser la circulation normale du sang, il rend de signalés services dans les cas d'ankylose des membres, les foulures, les congestions de la tête, les névralgies intermittentes. On doit le prendre, en certaines circonstances bien déterminées, jusqu'à trois fois par jour pendant une durée de 20 à 30 minutes chaque fois.

Le bain de pieds chaud et froid consiste en une immersion successive dans de l'eau chaude pendant une durée de 3 à 4 minutes et immédiatement après dans de l'eau froide pendant 20 secondes à une minute : cette opération doit être renouvelée plusieurs fois pendant la même durée que ci-dessus pour chaque immersion. Ce bain est particulièrement recommandé aux personnes qui sont affligées d'une transpiration persistante des extrémités inférieures et dans les cas d'engelures rebelles.

Que de personnes ne se doutaient pas que le bain de pieds d'apparence si simple pouvait contenir tant de variétés dans son application. (*Journ. d'Hygiène*).

L'École de médecine de Tauris (Perse)

Il vient d'être fondé à Tauris (Perse) une école de médecine appelé « Loghmanié ».

Cette école comprend une société savante et plusieurs autres annexes.

Son fondateur est M. Loghman-ol Mamalek, docteur de la Faculté de Paris, médecin en chef du prince héritier de Perse.

L'école possède une pharmacie, une collection d'instruments de chirurgie et d'ophtalmologie. On donne des consultations gratuites aux indigents et l'on délivre des médicaments.

NOUVELLES & INFORMATIONS

L'Ouverture d'un Concours pour l'obtention des Bourses de doctorat aura lieu au siège de la Faculté de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 26 octobre 1900.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le vendredi 19 octobre, à 4 heures. En exécution des prescriptions de l'arrêté du 15 février 1900, les épreuves du concours consisteront en composition écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie);

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a)* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ; *b)* Une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a)* Une composition de physiologie ; *b)* Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a)* Une composition de médecine ; *b)* Une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

***

Des **Concours pour un emploi de Chef de clinique chirurgicale** et un **emploi de Chef de clinique obstétricale**, s'ouvriront à la Faculté de médecine de Lille, le lundi 29 octobre, à neuf heures du matin.

Conditions du Concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté du 8 au 20 octobre, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine.

Est admis à concourir tout docteur en médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus (art. 3 de l'arrêté du 1er octobre 1896).

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice ; en outre, le Chef des travaux anatomiques, le prosecteur d'anatomie, le préparateur d'anatomie pathologique ne pourront cumuler leurs fonctions avec celles de chef de clinique.

La durée des fonctions de chef de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du professeur. Le traitement annuel est de 1.200 francs.

Nature des Epreuves. — Les épreuves du concours consistent :

a) Pour l'emploi de **Chef de Clinique chirurgicale** : 1° en une composition sur un sujet d'anatomie et de pathologie externe ; 2° en une épreuve clinique orale de 15 minutes sur un ou deux malades, au choix du jury, après une demi-heure d'examen et de réflexion ; 3° en une épreuve de médecine opératoire ; 4° en appréciation des titres antérieurs et des travaux des candidats.

b) Pour l'emploi de **Chef de Clinique obstétricale** : 1° en une composition sur un cas de dystocie ou de pathologie de la grossesse ; 2° en une épreuve clinique orale de 15 minutes sur une ou deux femmes, au choix du jury, après une demi-heure d'examen et de réflexion ; 3° en manœuvres obstétricales ; 4° en appréciation des titres antérieurs et des travaux des candidats.

Attributions. — Les attributions du chef de clinique sont les suivantes :

1° Aider le professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques, les recherches de laboratoire ; 2° Exercer les élèves, sous la direction du professeur, à l'examen des malades et aux divers procédés d'investigation propres à établir le diagnostic des maladies ; 3° Suppléer le professeur dans les visites hospitalières en cas d'empêchement momentané, et notamment dans les contre-visites du soir.

Notre « Carnet »

Nous adressons tous nos souhaits de bonheur au docteur A. Galand, de Somain, dont le mariage avec mademoiselle Lucile Fiévet, a été célébré à Anzin, le 16 septembre 1900.

— Le docteur F. Paquet, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille Marie.

Distinctions honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont promus au grade de *Chevalier* : MM. les docteurs Prieur, médecin-major de 1re classe ; Gros, médecin de la maison d'éducation d'Ecouen (S.-et-O.).

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Suberbie et Viron, de Paris :

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Dauriac, Paul Boncour, Raimondi, Reuet, de Paris, Bouret, de Châtillon-sur-Seine, Bret, de Lyon, Tassard, de Saint-Laurent du Jura, Troyon, de Rethel (Ardennes).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chauvel, de Quimper.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le VIe fascicule de cet intéressant ouvrage vient de paraître ; le côté anatomie contient les six questions : *Ligaments de l'articulation du genou, artère poplitée et ses branches, muscles de la région antérieure de la jambe, triceps sural, artères de la jambe, calcanéum et astragale* ; le côté pathologique en contient huit : *Entorse, arthrite blennorrhagique, phlegmatie alba dolens, rhumatisme articulaire aigu franc, varices du membre inférieur, fractures compliquées, sciatique, varicelle.*

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

De la durée des fonctions d'agrégé dans les facultés de médecine françaises, par le docteur Grasset, communication au Congrès international d'enseignement supérieur.

Rapport du comité central de vaccine, par le Dr Oui, L. Danel, *Lille*, 1900.

Procédés Marmier et Abraham pour la stérilisation des eaux par l'ozone, *Paris*, Gauthier Villars, 1900.

A propos de l'intoxication gastro-intestinale : toxines vraies et toxines relatives, par le docteur G. Linossier, extrait de la *Presse médicale*, 1900.

Gastérine, suc gastrique animal, par le docteur Fremont, *Nice*, Gandini, 1900.

L'intersystole physiologique et les chevauchements pathologiques des systoles, par le professeur L. Bard, extrait du *Lyon médical*, 1900.

Du rôle de la mobilité du diaphragme dans les déplacements apparents des épanchements pleuraux, par le professeur Bard, extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, 1900.

Etude clinique de la fonction kinesthésique (sens musculaire), mesure de la sensation d'innervation motrice dans un membre immobile tendu, par le professeur Grasset, communication au XIIIe Congrès international de médecine.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

38me semaine, du 16 au 22 Septembre 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	6
3 mois à un an	13	9
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	»	2
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	4	4
40 à 60 ans	5	7
60 à 80 ans	5	9
80 ans et au-dessus	»	3
Total	40	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	5	10	6
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	6	»	»	»	»	»	»	»	»	2	9	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	6	»	»	1	»	»	»	»	»	5	15	19
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	3	2	1	3	»	»	3	»	»	»	1	»	5	19	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	»	»	»	»	1	6	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	5	»	»	»	»	»	»	»	»	2	10	18
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	5
Total.	»	»	»	»	»	1	»	6	9	4	31	»	»	7	»	»	»	1	»	26	85	116

N° 195. Quatrième Année. N° 40 Le Numéro : **10** centimes. 7 Octobre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'aspirine contre la fièvre des tuberculeux [1]

Par MM. le professeur **Combemale** et Em. **Petit**, externe

Depuis un an un médicament, sur lequel plus de vingt mémoires, tous élogieux, ont été écrits en Allemagne surtout, mais aussi en Autriche, en Amérique, en Italie, en Espagne et même en France, est employé comme succédané de l'acide salicylique et de ses sels. C'est l'aspirine, ou acide acétylsalicylique, qui cristallise en aiguilles blanches fusibles à 135° et, facilement soluble dans l'alcool, ne se dissout qu'à raison de 1 pour 100 dans l'eau à 37° et présente un goût agréable, légèrement acide.

Ce corps jouit de la propriété, contrôlée par WOHLGEMUTH au cours de digestions artificielles, de n'être que lentement décomposé par les acides et d'être dissous et rapidement dédoublé en ses éléments constitutifs par les alcalis dilués, de manière que l'on peut avec lui écarter toute mise en liberté de l'acide salicylique au niveau de l'estomac ; c'est là un premier avantage qu'apprécient tous ceux qui ont pris de l'acide salicylique et souffert des crampes stomacales qu'il procure. Un second point intéressant de l'action physiologique de l'aspirine, c'est l'augmentation de l'activité cardiaque, qu'après LENGYEL le professeur DRESER et IMPENS de Bruxelles, ont signalée et mise en opposition avec l'action dépressive du salicylate de soude. Enfin, toujours par comparaison avec le même salicylate de soude, FILIPPI, s'appuyant sur ce que l'effet d'un médicament dépend de la durée de son séjour dans l'économie, montre que l'élimination de l'aspirine est plus lente et se fait plus par la synovie que par l'urine.

Ces résultats expérimentaux si engageants n'ont pas cessé de se montrer aussi favorables en clinique. Les affections rhumatismales sont les maladies où l'acide salicylique et les salicylates sont communément employés ; aussi nombre de cliniciens ont-ils fait porter leurs essais avec l'aspirine sur le rhumatisme articulaire aigu. Il n'en est aucun qui ne se loue d'avoir employé l'aspirine, FRIEDBERG la préférant à l'acide salicylique quand on veut obtenir une action plus rapide, WOHLGEMUTH parce qu'elle ne provoque pas d'effets secondaires désagréables. Quelques enthousiastes vont jusqu'à dire que l'amélioration survint rapide-

[1] Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 20 juillet 1900.

ment dans quelques cas où les produits salicylés ordinaires n'avaient pas eu le moindre effet. La part faite aux exagérations, il reste qu'aucun expérimentateur n'a été déçu, et cette opinion est celle d'une dizaine de cliniciens l'ayant appliqué sur environ 150 cas de rhumatisme. L'aspirine semble donc digne d'être employée dans le rhumatisme articulaire aigu : les douleurs et la fièvre sont calmées, à la manière du salicylate de soude, mais sans malaise, sans vomissements, sans bourdonnements d'oreilles, sans dépression circulatoire, sans influencer même l'appétit. Trois grammes par jour, en cachets d'un gramme, continués pendant huit jours au minimum, durant plusieurs semaines si la persistance des fluxions l'exige, semblent la dose moyenne grâce à laquelle Flœckinger, Habermann, Ruhemann, Rœlig, Meier, Witthauer, Ketly, Grawitz, ont soulagé leurs rhumatisants.

Il entre dans le traitement de la goutte ou des douleurs rhumatismales un tel aléa diagnostique d'abord, de telles idiosyncrasies ensuite, que ce serait vouloir chanter quand même les louanges de l'aspirine que de penser avec les mêmes auteurs qu'elle est aussi très-efficace : je me contenterai de dire qu'elle a paru soulager plus souvent que le salicylate cette catégorie de malades, qui sont vite lassés de tout médicament et en voient toujours venir un nouveau d'un bon œil.

En vertu d'une propriété exsudative que lui attribue Grawitz, dans un cas d'ascite, et aussi dans la pleurésie sèche ou dans la pleurésie dont l'épanchement avait été vidé, Witthauer et Flœckinger se sont encore montrés satisfaits de l'aspirine, comme Schmeichler dans un cas d'iritis rhumatismal et Wolffberg dans vingt cas tirés de sa pratique ophtalmologique auxquels convenait le salicylate de soude. A grouper tous ces cas, disparates de prime abord, on trouverait la fluxion rhumatismale ou goutteuse qui les réunit et les a rendus justiciables de l'aspirine.

L'action thérapeutique de l'aspirine, si typique pour tout ce qui est d'essence rhumatismale, est donc en définitive sédative, calmante. Aussi, le médicament a-t-il été employé contre des douleurs qui n'avaient rien de rhumatismal, et cela avec un non moindre succès. Weil, dans le carcinome du rectum, le cancer utérin, l'ayant donné comme pis-aller, fut émerveillé de la sédation obtenue ; les douleurs fulgurantes d'un tabétique furent de même calmées alors que morphine et autres analgésiques restaient sans effet. Goldberg, d'autre part, qui a une certaine expérience du médicament puisqu'il en a prescrit plus de 300 doses, relate comme instructifs plusieurs cas de névralgies ou de migraines de causes diverses que fit cesser l'aspirine, et conclut qu'il a reconnu à l'aspirine une influence calmante, particulièrement remarquable dans toutes les affections du système nerveux. Grawitz confirme récemment ces résultats, en particulier dans les symptômes nerveux de l'influenza.

Les propriétés analgésiques de l'aspirine, si puissantes dans le rhumatisme articulaire aigu, devaient faire rechercher si elles n'étaient pas doublées de propriétés antipyrétiques. Vaguement Serrate les a entrevues, puisqu'il a réussi dans les dothiénentéries graves à baisser la température sans courir les dangers de la quinine, mais Liésau les a mises en évidence, et à sa suite Rénon et Latron, devant la Société médicale des hôpitaux, ont eu l'idée d'utiliser cette action contre la fièvre hectique des tuberculeux. De l'exposé de leurs recherches cliniques il résulte pour ces auteurs que l'antipyrèse survient immédiatement dans les trois quarts des cas, rarement le lendemain, que les doses de 1 à 3 grammes sont nécessaires, l'apyrexie ne manquant jamais avec 3 grammes, 2 grammes et 1 gramme étant souvent suffisants. Ils ne reconnaissent pas d'autres inconvénients à ce médicament que des transpirations abondantes et se félicitent d'avoir maintenu, aux malheureux tuberculeux, plongés dans le plus lamentable état, la vie dans des conditions moins mauvaises.

Ayant à notre disposition quelques quarante grammes d'aspirine, nous avons tenu à nous faire une opinion sur quelques-unes des propriétés les plus saillantes, le plus immédiatement applicables à la clinique quotidienne, de ce médicament que, on vient de le voir, la littérature médicale permet de considérer comme un médicament d'avenir.

Nous avons voulu, tout d'abord, constater l'action, s'il en était une, de ce médicament sur la température normale et sur la circulation, et nous nous sommes adressés à un homme relativement sain.

Observation I. — Del..., Eugène, tailleur d'habits, âgé de 50 ans, est un hystérique geignard, qu'une pneumatose intestinale, réductible sous le chloroforme seulement, maintient dans les hôpitaux depuis de longs mois. Sans l'informer du but poursuivi, les 16 et 17 juillet, un gramme d'aspirine lui est admi-

nistré vers dix heures du matin ; la température initiale, au moment de la prise le 16 juillet, est de 37° 2 à dix heures du matin, le 17 juillet de 36° 8 à onze heures ; le tableau des températures ci-après montre que cette température n'est nullement influencée, bien qu'elle ait été observée de près durant huit heures.

	le 16 juillet	le 17 juillet
Température initiale	37° 2	36° 8
15 minutes après	37° 3	36° 9
30 minutes après	37° 1	36° 9
45 minutes après	37°	—
Une heure après	37° 1	36° 7
Une heure et demie après	37° 3	36° 6
Deux heures après	36° 8	36° 4
Deux heures et demie après	37°	36° 6
Trois heures après	36° 7	36° 5
Trois heures et demie après	37° 2	—
Quatre heures après	37° 1	36° 7
Cinq heures après	36° 6	36° 6
Six heures après	36° 5	36° 7
Sept heures après	36° 3	36° 4
Huit heures après	36° 1	—

La tension artérielle, qui atteignait 18 au sphygmomanomètre de Potain avant la prise du médicament le 17 juillet, montait à peine à 19 une heure après, marquait 19 quatre heures après.

Ces températures, prises tantôt par le malade, tantôt par la religieuse, se contrôlent en quelque sorte ; les tensions artérielles ont été d'autre part prises par l'un de nous, à raison de trois évaluations à chaque constatation ; de sorte que nous croyons pouvoir échapper à l'objection d'une simulation, qui n'aurait pas eu d'objet du reste pour s'exercer.

Nous concluons de ces faits : 1° que l'aspirine, tout comme nombre d'antipyrétiques, n'abaisse pas la température de façon appréciable chez l'homme sain, ce que personne avant nous n'avait encore cherché ; 2° que l'action excito-motrice de la circulation se constate faiblement, mais avec certitude, chez l'homme sain.

Nous tenons, du reste, à produire sans tarder nos documents pour affirmer dans les cas pathologiques cette augmentation de l'activité cardiaque, que l'on oppose avec juste raison à l'action dépressive du salicylate de soude. Pour nous convaincre de sa réalité, chez quatre des malades, qui ont fait l'objet de nos recherches cliniques au point de vue de l'action hypothermisante de l'aspirine, tous tuberculeux du reste, nous avons donné le même jour, à la même heure, un gramme d'aspirine, et leur tension artérielle, notée avant la prise, a été une heure et quatre heures après appréciée, à trois évaluations chaque fois, par le même opérateur avec le même sphygmomanomètre. Voici le tableau que nous en avons dressé :

	Avant	une heure après	quatre heures après
S. Rosalie	17	18	18
H. Jeannette	16	18	18
C. Adeline	16	16	19
V. Henri	19	20 à peine	20
L..., Eugène	16	18	18

Il est, on le voit, confirmatif de l'observation I de tous points. Nous pourrions du reste y joindre aussi la constatation analogue faite sur un cancéreux de l'estomac ; voici la fiche le concernant :

Nous sommes en droit d'affirmer qu'il y a augmentation de la tension artérielle, légère mais certaine, dans l'heure et durant les quatre heures qui suivent l'ingestion de l'aspirine. On devine tout l'intérêt de ce point lorsque l'aspirine s'adresse à des tuberculeux ou des rhumatisants, porteurs habituels d'une tension artérielle affaiblie, et la contre-indication qu'il en résulte pour les névralgies chez les congestifs par exemple. Nous n'insistons pas.

Une fois en possession de ces vérifications portant sur le côté physiologique, nous avons étudié uniquement l'action de l'aspirine sur la fièvre des tuberculeux. A dessein, et afin de mieux juger, la dose prescrite a toujours été uniformément de un gramme. Le plus ordinairement, nous le faisions absorber au moment où le malade ressentait les malaises avant-coureurs de la fièvre ; la feuille de température nous avait renseigné d'autre part sur le maximum qu'atteignait généralement cette fièvre. Administrée en cachets ou dans une sorte de limonade faite d'un verre d'eau sucrée à 3 ou 4 grammes, — inutile de dire que nous évitions l'ingestion simultanée de substances alcalines pour ne pas solubiliser trop tôt le médicament —, l'aspirine a toujours été parfaitement acceptée par les douze sujets qui en ont absorbé.

Neuf tuberculeux, à des périodes diverses du mal, ont vu traiter ainsi leur fièvre, les uns une journée seulement, d'autres jusqu'à cinq reprises. Leur observation, que nous allons laconiquement résumer, autorise certaines réflexions qui constituent en réalité notre opinion sur le sujet.

Observation I. — L..., Alfred, 31 ans, peintre, entré dans le service pour la deuxième fois le 11 juin 1900, n'a jamais eu d'hémoptysies, mais depuis quatre mois il s'affaiblit de plus en plus, toussant et crachant beaucoup ; son état est cachectique, l'auscultation révèle des gargouillements à chaque sommet, la présence du bacille de Koch est du reste constatée.

La fièvre qu'il présente, intermittente quotidienne à l'entrée, a de la tendance à devenir continue, avec un maximum d'intensité vers cinq heures du soir, où 40° sont parfois atteints.

Le 6 juillet, nous supprimons toute médication antérieure et un gramme d'aspirine est administré à midi, à une heure les 7 et 8 juillet. Le tableau ci-joint montre l'action de l'aspirine sur la température.

	6 juillet	7 juillet	8 juillet
8 heures, matin	—	38°	38° 9
10 heures	39°	—	—
11 heures	38° 5	—	—
11 heures et demie	—	—	38° 6
Midi	*Prise.*	—	38° 7
Midi et demi	—	37° 9	38° 9
Midi 45	—	38° 2	—
Une heure	37° 4	*Prise.* 38° 7	39° 1
Une heure 15	—	38° 8	*Prise*
Une heure 30	—	38° 9	39° 3
Une heure 45	—	39° 1	39° 4
Deux heures	37° 4	37° 8	38° 7
Deux heures 15	—	—	37° 6
Deux heures 30	—	—	37° 2
Trois heures	36° 9	—	36° 9
Quatre heures	36° 4	37°	36° 1
Cinq heures	36° 5	—	36°
Six heures	—	36° 8	36° 3
Huit heures	—	37° 8	—

Le premier jour d'abondantes sueurs ont été accusées par le malade, moins marquées le second jour, inappréciables le troisième jour. Pas de modifications dans l'appétit, le sommeil ou tout autre fonction.

Observation II. — Mer..., Charles, pianiste, 29 ans, entre à l'hôpital le 7 juin 1900, tuberculeux depuis près de cinq ans. Sans hémoptysies, de forme torpide, cet état s'est beaucoup aggravé depuis quatre mois.

État cachectique : amaigrissement, anorexie, sueurs abondantes, sans diarrhée toutefois. L'auscultation révèle du gargouillement au sommet droit, du souffle à gauche.

La fièvre est subcontinue, sans que l'heure du maximum soit bien appréciable.

Le 6 juillet on supprime l'antipyrine, que le malade prend depuis le 19 juin à la dose quotidienne de 1 gramme, et on donne 1 gramme d'aspirine.

	6 juillet	7 juillet
Huit heures, matin	—	37° 7
Dix heures	37° 3	—
Onze heures	37° 3	—
Midi	*Prise.*	—
Midi 30	—	37° 6
Midi 45	—	37° 7
Une heure	40° 1	*Prise* 38° 9
Une heure 15	—	38° 9
Une heure 30	—	39° 1
Une heure 45	—	38° 9
Deux heures	39° 9	37° 7
Trois heures	38° 8	—
Quatre heures	38° 2	36° 5
Cinq heures	37° 5	—
Six heures	—	37° 9
Huit heures	—	37° 7

Des sueurs extrêmement abondantes se montrèrent le premier jour, encore très marquées le lendemain.

Observation III. — Dem..., Eugène, cordonnier, 39 ans, entré dans le service le 11 juin 1900, tousse depuis sept à huit mois, et depuis trois mois a dû cesser tout travail ; on note anorexie, amaigrissement, perte de forces.

Une légère fièvre vespérale atteignant 38° 5 le soir existait à son entrée, mais depuis huit jours la courbe thermique s'élevait d'un bond d'un degré, correspondant à une poussée congestive occupant tout le poumon gauche et symptomatique d'une généralisation tuberculeuse de tout ce poumon.

La température vespérale est actuellement au minimum de 39° 5, elle a atteint 40° 5.

On supprime tout médicament et on donne, les 6 et 7 juillet, un gramme d'aspirine.

	6 juillet	7 juillet
Huit heures, matin	—	38° 4
Dix heures	39° 6	—
Onze heures	39°	—
Midi	*Prise.*	—
Midi 35	—	39° 7
Midi 45	—	39° 7
Une heure	39° 2	*Prise.* 39° 8
Une heure 15	—	39° 8
Une heure 30	—	39° 7
Une heure 45	—	39° 3
Deux heures	38° 5	38° 3
Trois heures	37° 2	—
Quatre heures	38° 2	38° 1
Cinq heures	39° 4	—
Six heures	—	39° 6
Huit heures	—	40° 3

Des sueurs abondantes, de la diarrhée se montrent le premier jour, les sueurs reparaissent le second jour, un peu amoindries toutefois.

Le 8 juillet, température 8 heures matin, 37° 2. Nous faisons la remarque que depuis l'administration du médicament, la fièvre prend le type intermittent : la courbe présente maintenant des grandes oscillations. De plus le malade nous dit que durant l'apaisement thermique que lui donne l'aspirine, il a grand faim, et qu'il mangerait volontiers ; l'anorexie est complète en dehors de ces moments.

Le 10 juillet, pour répondre à cette indication de favoriser l'alimentation, pour tâter si l'assimilation sera faite, autant que pour avoir une nouvelle expérimentation, nous constatons qu'entre onze heures et trois heures, la température oscille entre 38° 9 et 39°, puis à trois heures on donne un gramme d'aspirine.

Les 11 et 12 juillet, en présence du résultat favorable obtenu pour les repas, nous nous y prenons plus tôt, lui procurant ainsi la possibilité de deux abondants repas. Le tableau ci-joint indique du reste ce que devient la température sous l'influence de l'aspirine dans ces nouvelles conditions.

	10 juillet	11 juillet	12 juillet
Huit heures	—	37° 8	37° 6
Dix heures	—	*Prise.* 37° 9	*Prise.*
Dix heures 35	—	37° 3	—
Onze heures	—	37°	36° 7
Onze heures 30	—	36° 6	—
Midi	—	36° 2	36° 1
Midi 30	—	35° 8	—
Une heure	—	35° 8	36° 1
Une heure 30	—	36° 1	—
Deux heures	—	36° 6	36° 6
Trois heures	*Prise* 39°	37°	37° 3
Trois heures 15	39°	—	—
Trois heures 30	39° 1	—	—
Trois heures 45	39° 1	—	—
Quatre heures	—	38° 6	38° 8
Cinq heures	37° 6	—	—
Six heures	36° 4	39° 1	39° 3

Les sueurs furent très abondantes le premier jour de ces trois journées, mais les jours suivants, il n'y en eut pas de notables.

Observation IV. — Bar..., Julien, blanchisseur, 24 ans, entré dans le service le 18 juin 1900, fait remonter à six mois seulement le début de la toux, de l'expectoration purulente abondante qu'il présente. L'auscultation révèle du gargouillement au sommet gauche, du souffle à droite, la présence du bacille de

Koch est constatée ; anorexie, pas de diarrhée, mais sueurs abondantes facilement refrénées par le sulfonal.

Il présente de la fièvre atteignant 40° vers les cinq heures du soir, dépassant 38° le matin ; cette fièvre n'est donc point hectique, mais à type rémittent quotidien.

Le 7 juillet, un gramme d'aspirine est donné à ce malade ; sous son influence la température prend pendant deux jours le type inverse, c'est-à-dire que la fièvre devient matutinale, au lieu de vespérale qu'elle était (38°9 le matin, 37°8 le soir du 8 juillet, 39°4 le matin du 9 juillet). Le type normal revenu au troisième jour, une nouvelle prise d'aspirine est donnée le 10 juillet. Les tableaux ci-après montrent l'influence sur la température dans les heures qui suivent :

	7 juillet	10 juillet
Huit heures, matin	38° 7	38° 2
Onze heures 30	—	38° 8
Midi	—	38° 4
Midi 30	37° 9	39°
Midi 45	38° 2	—
Une heure	Prise. 38° 7	39° 1
Une heure 15	38° 8	Prise.
Une heure 30	38° 9	39° 1
Une heure 45	39° 1	38° 8
Deux heures	37° 8	38° 1
Deux heures 15	—	38°
Deux heures 30	—	38° 3
Trois heures	—	37° 2
Quatre heures	37° 8	36° 2
Cinq heures	—	36° 7
Six heures	36° 8	37°
Huit heures	37° 8	—

Des sueurs abondantes ont chaque fois paru, excessivement gênantes pour le malade.

Observation IV. — Delp..., Alexandre, frappeur, 35 ans, entré à l'hôpital le 7 juillet 1900, tousse depuis six mois environ ; il n'a jamais eu d'hémoptysies ; l'appétit est conservé ; pas de diarrhée, quelques sueurs la nuit. Les crachats peu abondants contiennent le bacille de Koch ; l'examen montre le ramollissement des deux sommets du poumon.

Depuis un mois il a chaque jour un peu de fièvre dont les effets gênants se montrent vers 5 heures du soir, mais c'est vers une heure qu'est le maximum thermique. Le 10 juillet, on lui prescrit un gramme d'aspirine, dont voici ci-après le tableau de l'action hypothermisante.

Une heure	39° 1
Une heure 15	Prise.
Une heure 30	39°
Une heure 45	38° 5
Deux heures	38° 1
Deux heures 30	37° 6
Trois heures	36° 8
Quatre heures	36° 4
Cinq heures	36° 8
Six heures	36° 7

Des sueurs très abondantes furent notées ; mais le malade se déclara fort soulagé.

Observation VI. — Sœ..., Rosalie, ménagère, 37 ans, accouche à terme, dans le service, d'un quatrième enfant, le 15 juin. Durant quatre mois il y a eu à plusieurs reprises des imminences d'accouchement prématuré, et à la fin de sa grossesse, la malade a eu fréquemment des vomissements, de la diarrhée, sans fièvre cependant.

Elle est néanmoins tuberculeuse : les bacilles de Koch habitent ses crachats, elle présente de l'anorexie ; il y a des sueurs nocturnes abondantes.

Depuis l'accouchement, dont les suites locales ont été normales, de la fièvre s'est constatée chaque soir vers quatre heures, atteignant et dépassant 39°. Un peu de diarrhée existe actuellement encore.

Le 18 juillet, pour soulager la malade et remplacer l'antipyrine qu'elle prend depuis quelque temps, nous donnons un gramme d'aspirine ; de même le 18 juillet. Voici le tableau des résultats obtenus avec ce médicament :

	10 juillet	18 juillet
Dix heures, matin	37° 8	Prise. 37° 7
Dix heures 15	—	38° 1
Dix heures 30	—	37° 7
Dix heures 45	—	37° 6
Onze heures	38° 4	37° 3
Midi	38° 9	36° 4
Une heure	Prise.	35° 7
Une heure 15	39°	—
Une heure 30	38° 9	—
Une heure 45	38° 8	—
Deux heures	38° 4	35° 6
Trois heures	37° 1	36° 8
Quatre heures	36° 5	—
Cinq heures	36° 8	—
Six heures	36° 8	—

D'abondantes sueurs à chaque prise furent constatées.

Observation VII. — Cor..., Adeline, tisserande, 30 ans, entre à l'hôpital le 2 juillet 1900, parce qu'elle tousse beaucoup et maigrit depuis cinq ou six mois ; elle tousse en réalité, chaque hiver depuis l'enfance ; on note chez elle une fluxion de poitrine et de nombreuses bronchites, des hémoptysies légères ; l'expectoration est facile, muco-purulente ; l'examen des crachats n'a pas décelé le bacille de Koch, bien que l'on perçoive des craquements au sommet gauche, un souffle et de la rudesse à droite.

La température axillaire atteint chaque jour 38° le matin et oscillant entre 38° et 37° jusque vers quatre heures du soir, où elle remonte pour finir dans la nuit.

Le 16 juillet, une prise de un gramme d'aspirine lui est administrée, à dix heures, qu'on renouvelle le 18 juillet, après un repos d'un jour. Le tableau ci-après contient les résultats obtenus.

	16 juillet	18 juillet
Dix heures	Prise. 38° 1	Prise. 37° 3
Dix heures 15	37° 7	37° 5
Dix heures 30	37° 1	37°
Dix heures 45	37° 2	37°
Onze heures	36° 5	36° 3
Onze heures 30	36°	—
Midi	36°	36° 4
Midi 30	36° 3	—
Une heure	36° 2	35° 9
Une heure 30	36° 5	—
Deux heures	36° 5	36° 7
Deux heures 30	36° 7	—
Trois heures	36° 5	36° 1
Trois heures 30	36° 1	—
Quatre heures	36° 5	—
Quatre heures 30	36° 3	—
Cinq heures	37° 2	—
Cinq heures 30	37° 3	—
Six heures	37° 1	—

Chaque prise du médicament a provoqué des sueurs très abondantes.

OBSERVATION VIII. — VA..., Henri, bobineur, 28 ans, entre dans le service le 10 juillet 1900, faisant remonter le début de sa maladie au mois de décembre 1899, dans l'histoire de laquelle on trouve toux et expectoration peu abondante, quelques hémoptysies légères.

Les sommets ont une respiration rude et soufflante ; on note quelques rares craquements, particulièrement à gauche.

Depuis le mois de février il a des sueurs nocturnes abondantes, et une fièvre légère dans la journée ne dépassant pas 38° 5 dans la soirée.

Le 16 juillet, à 10 heures du matin, il prend un gramme d'aspirine. Et l'on peut voir dans le tableau suivant ce que devient sa température dans la journée.

Dix heures	37° 9
Dix heures 15	37° 4
Dix heures 30	37° 4
Dix heures 45	37° 3
Onze heures 30	36° 8
Midi 30	36° 7
Une heure	36° 7
Une heure 30	36° 4
Deux heures	36° 7
Trois heures	36° 4
Quatre heures	37° 2
Cinq heures	37° 8
Six heures	38°

Le malade accuse, à la suite de cette prise d'aspirine, des sueurs plus abondantes que de coutume.

OBSERVATION IX. — CROM.., Désiré, 42 ans, maçon, entre pour la cinquième fois à l'hôpital le 18 juillet 1900. Il tousse et crache depuis plus d'un an. En juillet 1899 il a fait un séjour d'un mois à l'hôpital pour des hémoptysies extrêmement abondantes ; ces hémoptysies n'ont plus reparu depuis trois mois.

Actuellement, il présente une expectoration purulente abondante, l'auscultation montre du gargouillement des deux côtés, une grande caverne au sommet droit. La cachexie est marquée : émaciation extrême, œdème des jambes.

Contre la fièvre qui l'assaille tous les jours et, commence même à son insu de bonne heure, nous donnons, le 19 juillet un gramme d'aspirine à dix heures du matin ; dans la journée la température s'inscrit sur le thermomètre de la façon suivante :

Dix heures	38° 5
Dix heures 30	38° 5
Dix heures 45	37° 1
Onze heures	37° 3
Onze heures 30	36°
Une heure	36° 5
Une heure 30	36°
Deux heures	36° 5
Trois heures	37°
Quatre heures	37° 5

Le malade, très obtus, n'accuse pas spontanément de sueurs, mais il est fort probable qu'il en a eu de marquées.

Si l'on a eu la patience de lire les observations ci-dessus, on se sera aperçu qu'en aucun cas, sur les 19 prises d'aspirine que représentent ces neuf sujets, l'action antipyrétique n'a fait défaut.

Nos constatations concordent donc avec celles de MM. RÉNON et LATRON pour l'action sur la fièvre des tuberculeux ; aussi nous considérons l'aspirine comme un agent antipyrétique fidèle, même à la dose d'un gramme, que systématiquement nous n'avons pas voulu dépasser.

Savoir dans quelles conditions l'aspirine abaisse la température est d'autre part un point important, que nous allons essayer d'élucider.

Dans certains cas, et d'après nous simplement parce que l'on se trouve plus près du moment de l'acmé, l'abaissement thermique est très considérable, jusqu'à 3° dans les observations I et IV, 2° 5 dans les observations II, III, V, IX ; l'intensité de l'hypothermie ainsi obtenue se remarque d'ailleurs surtout chez les cachectiques. Le plus ordinairement, c'est par 1° 5 ou 2 degrés que se chiffre la différence des températures, ce qui, on en conviendra, est une dénivellation thermique suffisante et peu menaçante.

Le moment où se présente le maximum de l'abaissement de la température a aussi son importance, car à le faire coïncider avec le moment où la fièvre avait d'habitude son acmé il y a tout bénéfice pour le malade. Or, c'est quatre ou trois heures après le moment du premier fléchissement de la température que se présente l'hypothermie minimum. Par deux fois cependant, c'est une heure et demie (observ. IX) et deux heures après (observ. II), que s'est produit cet important incident ; il ne faut en incriminer, croyons-nous, dans l'espèce que la rareté de nos prises de température ; une heure et demie et deux heures, sans placer le thermomètre à ce moment critique, sont des négligences d'expérimentation qu'il nous faut bien avouer. Aussi reste-t-il établi pour nous que ce maximum survient de trois à quatre heures après le début de la défervescence.

Ce début est lui-même important à connaître. Nos observations nous montrent qu'il est variable, et que les différences constatées s'expliquent cependant. Plus la fièvre est d'ordinaire élevée, et plus il est difficile à l'aspirine de triompher ; c'est dans ces cas qu'avec le gramme d'aspirine qui a été notre étalon expérimental, la fièvre n'a commencé à céder de quelques dixièmes qu'une heure (observ. I) ou trois quarts d'heure (observ. III*b*. et IX), une fois même plus d'une heure après (obser. III*a*). Mais lorsque l'hyperthermie n'est pas excessive, la résistance à l'aspirine ne se prolonge pas plus d'une demi-heure

(observ. V, VII), en un quart d'heure même le mouvement de chute peut se dessiner (observ. VIII).

Une fois faite l'amorce de l'abaissement thermique, cet abaissement peut survenir brusquement, de un degré et demi même en un quart d'heure (observ. IV*a* et IX), ou au contraire lentement; la première manière paraîtra dangereuse, à raison du collapsus qui pourrait en être la suite ; la seconde, la plus fréquente, est celle que font les malades chez lesquels on s'est pris à temps pour l'administration de l'aspirine; on a prévenu la fièvre plutôt qu'on n'a voulu la terrasser.

La durée de l'abaissement thermique obtenu est elle aussi fort variable. Il est cependant un fait à noter, qui montre que cette aspirine est un antithermique pour les tuberculeux et rien de plus, qu'il convient donc de l'administrer de façon à lui faire rendre le plus qu'elle peut, c'est que la fièvre reprend, une fois l'action de l'aspirine épuisée, au point où elle en aurait été si l'aspirine n'était pas intervenue ; particulièrement remarquables à ce point de vue sont les observations III et VIII. Pour cette raison, et aussi en raison de la résistance que certains cas ont montré à l'attaque, nos observations relatent que c'est aussi bien trois heures (observ. VI *a* et *b*) que sept heures après, que la température atteint celle qui existait au moment de la prise de l'aspirine. De quatre à six heures de repos thermique nous semblent la durée habituelle des effets obtenus, et il s'agit d'une impression, plutôt que d'un résultat formel. Nous ajoutons qu'il a été très-évident pour nous que moins la température initiale habituelle est élevée et plus longue a été la durée des effets.

Nous avons aussi remarqué, et le fait mérite d'être rapporté (observ. I, II, III, IV), que lors de prises quotidiennes successives, la chute thermique est plus facile et plus durable. Une accumulation des effets semble donc se produire, qui donnerait au médicament une raison de plus d'entrer en faveur, si d'autre part des effets nocifs d'accumulation ne survenaient pas, ce que nous ne saurions dire avec notre courte expérience.

Comme nos prédécesseurs dans l'emploi de l'aspirine, soit dans le rhumatisme, soit dans la fièvre des tuberculeux, nous n'avons rien à reprocher à ce médicament, comme accidents secondaires : pas de gastralgie, pas de bourdonnements d'oreilles. Seules les sueurs ont été constantes, parfois considérables ; mais il n'est pas inutile de savoir aussi qu'à une seconde ou troisième prise consécutive ces sueurs s'amendent au point de passer inaperçues ; l'antipyrine, le salicylate de soude et bien d'autres antipyrétiques ont du reste aussi cet inconvénient.

Dans un cas (observ. III), nous avons eu le plaisir de voir le malade sans appétit aucun, une fois sa fièvre tombée avec l'aspirine, réclamer et pouvoir faire sans encombre un et deux abondants repas, qui le mettaient à même de se reconstituer et de réparer les pertes occasionnées par la fièvre. Nous savons fort bien que nombre de tuberculeux fébriles ne mangent et digèrent que sous la protection et entre deux prises d'antipyrine, mais nous ne sommes pas fâchés de pouvoir attribuer à l'aspirine le même soulagement.

Comme MM. Rénon et Latron nous avons dans un cas observé le type inverse de la température, type qui ne s'est d'ailleurs pas maintenu plus de deux jours. On pourrait croire que l'aspirine a reculé d'une demi-journée le cycle thermique habituel, puisque c'est la nuit et le matin qui sont alors occupés par la fièvre ; c'est peut-être cette erreur d'observation qui a fait dire à M. Rénon que l'action de l'aspirine ne se produisait parfois que le lendemain. Nous n'avons rien observé de semblable, en ce qui nous concerne, et nous ne croyons guère *a priori*, avec un médicament d'action si rapide dans les circonstances habituelles, à un retard inexplicable dans ses effets.

A nous placer sur le terrain clinique, voici comment nous sommes disposés dès maintenant à considérer l'aspirine employée comme agent antithermique chez les tuberculeux.

Dans la fièvre hectique (observ. II et IX), à grandes oscillations, dans la fièvre subcontinue de la période des cavernes, l'aspirine nous a donné des résultats satisfaisants, mais nous n'avons pas de peine à convenir que la dose choisie par nous est insuffisante dans ce cas.

Dans la fièvre des première et deuxième périodes, donnée dans les trois heures qui précèdent l'heure où le maximum thermique habituel se produit, l'aspirine, dans les conditions de doses où nous nous sommes placés, a de remarquables effets.

Son innocuité relative doit la faire préférer au salicylate de soude, à l'antipyrine.

Avant de terminer, nous désirons introduire dans ce petit mémoire l'observation relative à un cas de

gangrène pulmonaire où l'aspirine s'est comportée avec la même efficacité que dans la tuberculose, et est susceptible des mêmes remarques. La comparaison qui a été faite avec l'antipyrine à la dose de 2 grammes montre bien que c'est au profit de l'aspirine qu'il faut là aussi conclure

Observation X — Hend.., Jeannette, dévideuse, 26 ans, entre le 30 juin 1900, avec une haleine et des crachats extrêmement fétides : dès l'abord elle ne présente aucune localisation pulmonaire bien nette, mais peu à peu dans le lobe inférieur du poumon droit se creuse une cavité qui fait porter le diagnostic de gangrène pulmonaire consécutive à une pneumonie centrale.

La fièvre qui accompagne cet état, primitivement mal caractérisée, finit par prendre le caractère hectique rémittent, oscillant entre 39° et 40° chaque soir, et le matin vers sept heures ne dépassant pas 38°.

Les 10 et 11 juillet un gramme d'aspirine est donné avec le succès que montre le tableau ci-après, mais l'antipyrine, pour agir plus rapidement, n'agissait pas mieux, ainsi que le montre la première colonne du tableau. Une troisième fois, le 18 juillet, l'aspirine reproduit son action hypothermisante assez durable.

	10 juillet	11 juillet	18 juillet	12 juillet
	—	—	—	— 2 gr. antipyrine
Dix heures . . .	38° 8	*Prise.*	*Prise* 38° 7	*Prise.* 39° 1
Dix heures 15 . .	—	39° 5	39°	—
Dix heures 30 .	—	—	38 8	—
Dix heures 45 . .	—	—	38° 4	—
Onze heures. . .	39°	39° 2	38° 3	38° 3
Onze heures 30 .	—	38° 7	—	—
Midi.	39° 3	37°	37° 6	36° 4
Midi 30	—	36° 6	—	—
Une heure. . . .	*Prise.*	—	37° 3	—
Une heure 15 . .	39° 5	—	—	—
Une heure 30 . .	39° 4	—	—	—
Une heure 45 . .	39° 2	—	—	—
Deux heures. .	38° 3	36° 3	36° 7	38° 8
Deux heures 30 .	—	36° 8	—	—
Trois heures. . .	37° 4	36° 3	36°	38° 8
Trois heures 30 .	—	37° 3	—	—
Quatre heures . .	37°	37° 6	—	38° 9
Quatre heures 30.	—	38° 3	—	—
Cinq heures. . .	37° 4	39° 1	—	38° 8
Cinq heures 30 .	—	39° 7	—	—
Six heures. . . .	37°	40° 2	—	37° 3

BIBLIOGRAPHIE

Dreser, *Archiv. für die gesammte physiologie* 1899, vol. 76.
Flœckinger, *Medical News*, juin 1900.
Grawitz, *Klinische therapeutische Wochenschrift*, avril 1900.
Filippi, *La Clinica moderna*, 14 février 1900.
Habermann, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, fév 1900.
Impens, *Journal de Médecine de Bruxelles*, 18 janvier 1900.
Lengyel, *Heilkunde*, novembre 1899.
Meier, *American Therapist*, juin 1899.
Renon et Latron, *Société Médicale des hôpitaux*, juin 1900.
Rœlig, *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, février 1900.
Ruhemann, *Therapie der Gegenwart*, 1899.
Schmeichler, *Wiener medicinische Wochenschrift*, oct. 1899.
Serrate, *Los nuevos remedios*, juin 1899.
Weil, *Allgemeine medicinische Centralzeitung*, janvier 1900.
Witthauer, *Heilkunde*, juillet 1899.
Wohlgemuth, *Therapeutische Monatshefte*, mai 1899.
Wolffberg, *Wochenschrift fur therapie und hygiene des Augens*, novembre 1899.

Gastrostomie par le procédé de Marwedel (1)

par le docteur **Lambret**

J'ai l'honneur de vous présenter l'estomac d'un malade à qui j'ai pratiqué l'abouchement de l'estomac à la peau par le procédé de Marwedel. Il s'agit d'un homme de 57 ans, atteint de cancer de l'œsophage et dans un état de cachexie très avancé que j'ai opéré en désespoir de cause et presque à mon corps défendant. Aussi la mort est-elle survenue le surlendemain, non pas du fait de l'opération mais par affaiblissement progressif résultant de la cachexie profonde et de l'inanition. Je n'ai pas l'intention d'insister ici sur la question de la légitimité de l'opération de la gastrostomie dans les néoplasmes de l'œsophage, la mortalité considérable qu'on observe dans les premiers jours en fait une opération à pronostic très sombre que beaucoup hésitent à préconiser étant donné surtout qu'elle ne peut être qu'un palliatif. Cela tient à ce qu'elle est la plupart du temps pratiquée beaucoup trop tard sur des malades qui sont plutôt des moribonds. Faite de bonne heure aussitôt le diagnostic porté, alors que le malade s'alimente encore par la bouche, la mortalité opératoire est nulle ; et le jour où les aliments ne passent plus par les voies naturelles, la fistule est prête à fonctionner et à permettre l'introduction des substances nutritives directement dans l'estomac.

Mais le soulagement ainsi procuré au malade n'est absolument réel que si la bouche stomacale est complètement continente, car si elle laisse échapper le contenu gastrique, il en résulte un affaiblissement souvent rapide dû à la déperdition des sucs digestifs et aussi des altérations de la peau dues à l'action de ces mêmes sucs. Pour obvier à cet inconvénient, un grand nombre de procédés ont été proposés qui ont donné des résultats inconstants. Aussi beaucoup de chirurgiens très distingués restent-ils fidèles au procédé primitif d'abouchement direct et se contentent de placer la bouche stomacale le plus haut possible vers le cardia et de donner à cette bouche de très petites dimensions. Comme je l'ai dit, j'ai employé le procédé de Marwedel qui cherche à créer dans la paroi gastrique une sorte de valvule rappelant l'abouchement de l'uretère dans la vessie. L'estomac, découvert et fixé, est incisé sur une étendue de cinq centimètres. L'incision comprend seulement la séreuse et la musculeuse, la muqueuse est respectée et même on la décolle de chaque côté sur une certaine étendue. Cela fait, on pratique une petite incision à la muqueuse à la partie inférieure et on introduit dans l'estomac par le petit trou ainsi obtenu, une sonde en gomme n° 12 ; on couche la sonde dans le trajet de l'incision séro-musculaire et par dessus on reconstitue cette tunique séro-musculaire par la suture de l'incision. Un canal se trouve

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord* (Séance du 20 juillet 1900).

de la sorte constitué dans l'épaisseur même de la paroi de l'estomac. La sonde est laissée à demeure pendant cinq ou six jours, elle est retirée ensuite pour ne plus être introduite que trois fois par jour au moment des repas.

On peut faire à ce procédé le reproche qu'il nécessite un peu plus de temps que l'abouchement simple. Théoriquement on peut encore se demander si le canal de nouvelle formation n'est pas susceptible de s'atrophier, même on peut craindre qu'à la longue, ce canal ne vienne à disparaître et ses orifices à se confondre, comme cela se passe dans les hernies inguinales par exemple, où on voit le canal disparaître et les orifices inguinal interne et inguinal externe ne faire plus qu'un. Quoiqu'il en soit le résultat immédiat est parfait et quand la sonde est retirée, le contenu gastrique est incapable de s'échapper par la fistule dont la fermeture est absolument hermétique.

Variétés & Anecdotes

Mouchoirs et crachoirs, leur utilité et leur mode d'emploi le plus logique

La lutte contre la tuberculose a bouleversé, depuis quelques années, la vieille habitude de cracher dans des mouchoirs et il s'en faut de peu qu'on n'impose à tous ceux qui toussent l'emploi d'un crachoir portatif. Je désire montrer qu'il y a erreur et excès en cela et que le mouchoir doit conserver sa prépondérance, à la seule réserve d'être soumis à des conditions hygiéniques ; le crachoir a dû en subir également et restera ce qu'il était, un meuble d'intérieur.

Dans un fumoir, un café, une salle de réunion, une chambre de travail, une gare de chemin de fer, un hôpital, un hospice, et aussi dans un local d'isolement, le crachoir, fixe ou portatif, s'impose. Il doit être façonné de telle sorte que les excrétions ne puissent souiller les parties exposées constamment à l'air extérieur, car les mouches, les insectes et d'autres animaux pourraient y recueillir des germes nuisibles ; on devine le danger, car ceux-ci seront véhiculés par ces animaux sur les meubles, les aliments, les vêtements et même sur les gens. Il faut aussi que le récipient soit assez commode pour que les maladroits ne crachent pas à côté.

Mais le crachoir ne peut servir à recueillir tous les excrétions des voies respiratoires. On ne peut se moucher dans un crachoir !

Le nez contient autant de microbes que la bouche et les forts accès de toux amènent toujours une expulsion double, par la bouche et par les fosses nasales.

Que peut un étroit crachoir en pareille occurrence ? Il faudrait un bassin de dimension.

On peut affirmer que le crachoir installé sur le sol, le crachoir monté sur pied et le petit crachoir de poche sont incapables d'empêcher une partie de l'expectoration de jaillir en dehors de leurs limites. Il en résulte donc une souillure du plancher, de l'air, parfois des mains et des vêtements. Ces éclaboussures peuvent contaminer, en cas de phtisie, à une distance assez notable, comme FLÜGGE l'a démontré définitivement dans ses études sur la propagation de la tuberculose (1) ; à 1 mètre 1/2, des cas d'infection, assez rares, il est vrai, ont pu être provoqués chez des cobayes ; mais à un mètre, le fait est plus communément réalisable ; et il est naturellement plus fréquent en raison directe du rapprochement. Des études analogues de Bruno HEYMANN ont confirmé ces observations (2).

Le crachoir portatif est un objet peu approprié à nos poches et son volume le fera rejeter de l'universalité des malades.

Ajoutons qu'il est plus ou moins fragile, qu'il coûte cher lorsqu'il est disposé d'une façon correcte, qu'il peut s'ouvrir dans le cas où sa confection laisse à désirer ; et voilà que ses défauts dépassent beaucoup ses qualités en nombre et en importance.

Ses qualités sont cependant incontestables, je l'ai dit, à cela près, qu'il doit être construit suivant le but qu'on lui assigne et que l'appareil de poche ne peut être généralisé et doit plutôt restreindre ses apparitions.

En effet, il reste un dernier vice à noter et celui-ci est rédhibitoire pour le crachoir de poche : il affiche le porteur et le signale comme malade dangereux ; pour le moment, il fait reconnaître le phtisique.

Comment espère-t-on imposer à tous les tuberculeux un engin aussi compromettant pour leur réputation ? Et quel moment sera choisi, au cours d'une tuberculose, pour l'emploi de cet appareil incommode ? Je ferai remarquer que toutes les tuberculoses méconnues échapperont à la règle. Et combien de tuberculoses sont tolérées pendant des mois comme rhumes négligeables ou négligés !

Il y a un défaut capital à cette méthode.

Or, que veut-on en préconisant les crachoirs ? Diminuer la propagation de la tuberculose. On devrait se préoccuper aussi de la coqueluche, des bronchites et pneumonies diverses en leur nature, de l'ozène, du cancer même, de la diphtérie, de la rougeole, etc. ; car toutes ces maladies sont infectieuses par les mêmes voies. Eh bien ! *on ne peut songer à protéger les personnes saines qu'en faisant adopter à celles-ci un procédé utilisable également par les malades*. Le crachoir ne répond pas à ce desideratum ; il faut donc le réduire à son rôle strict et chercher autre chose.

Le mouchoir peut-il servir de moyen préservatif ? J'en suis convaincu ; mais son emploi doit être nettement réformé.

Sa façon et son emploi actuels — en Europe, en Amérique et en quelques pays trop disposés à imiter les mœurs européennes — ne peuvent prêter qu'à rire. Vous savez peut-être que les Japonais nous tournent en ridicule à ce sujet et je vous

(1) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1897, n° 42, et *Zeitschrift für Hygiene und Infections Krankheiten*, 1899. Bd. 30, Heft, 1.

(2) *Zeitschrift f. Hyg.*, ibidem.

dirai tantôt pourquoi ils en ont le droit. Y a-t-il, en effet, un objet plus répugnant et moins hygiénique que ce morceau de linge, utilisé de quatre ou çinq façons ? On y introduit les rebutantes excrétions du nez, de la bouche, de la gorge, des bronches et des poumons ; on en nettoie sa face, soit qu'elle ait été souillée par le nez ou la bouche, soit qu'elle ait été maculée de poussière, soit qu'elle ruisselle de sueur ; il sert à enlever une tache sur les vêtements, sec ou humecté de salive ; il recueille des larmes ; et d'autres fois, il est jeté en signe de joie, d'adieu ou d'admiration. Ne voilà-t-il pas vraiment un objet intime et très convenable en ces circonstances ? Passe encore de le jeter à la face d'un adversaire, d'un ennemi, mais le lancer par-dessus la tête de ses voisins vers un artiste, un grand homme, un être qui suscite la sympathie, cela est tout à fait digne des *Lettres Persanes*.

Attendez cependant. Vous ne vous bornez pas à ces excentricités. Tous les jours, vous enfournez votre mouchoir sale dans une de vos poches, pas toujours la même peut-être, avec d'autres objets usuels. Et les dames qui, généralement, n'ont qu'une poche à leur robe, le poussent parmi la collection de bibelots qui leur sont nécessaires. Cela est pratiqué par les gens les plus soigneux, les plus faciles à dégoûter, par les hommes les plus réfléchis, comme par les sots. Puis, lorsque vous le jugez indispensable, vous remplacez le mouchoir souillé par un autre immaculé, bien lessivé et repassé ; et vous vous empressez de le glisser dans la poche que tous les mouchoirs ont déjà souillée. Et vous l'appelez encore un mouchoir propre en le retirant de cette poche et vous l'offririez au premier venu comme tel, s'il en manquait. Avez-vous déjà pensé à ce qu'en dirait un bactériologiste ?

Ce mouchoir prétendûment propre souille donc vos mains quand vous vous en servez, et vos poches sont le réceptacle où s'accumulent en un milieu chaud, obscur et assez humide, les germes recueillis par vos mouchoirs. Ah ! il n'est pas étonnant que l'origine des maladies soit si difficile à découvrir dans l'immensité des cas ordinaires. Difficile ? vous m'entendez...

Je ne vous dirai pas que les mouchoirs traînent parfois sur les meubles, sur le coin du lit, notamment, sur le lavabo, la table de nuit, etc. Vous venez, sans doute, d'y songer.

Je constaterai plutôt avec plaisir que les immenses drapeaux multicolores, à fond rouge, qui faisaient la gloire de nos pères et qu'ils déployaient majestueusement avant d'y plonger leur nez, ont été supplantés par des carrés de linge plus modestes. C'est que nous n'avons plus des poches de curé et que nous avons tout de même fini par trouver répugnant de sécher ces grands mouchoirs qui servaient plusieurs semaines avant d'être cuits à l'eau. Autrefois, du temps de Louis XIV, tout le monde n'avait pas le droit d'en user, et c'était là objet de luxe. Quand il fut permis aux vilains d'en acheter, leur prix était encore peu abordable. Aussi y en avait-il un seul pour toute une famille.

Oui, nous avons accompli quelque progrès en deux siècles et demi ; mais les Japonais nous ont devancés. Ils ont adopté le petit mouchoir qui ne sert qu'une fois. Comme le papier se fabrique ou se fabriquait au foyer domestique et ne manquait pas, le mouchoir de papier est de règle chez eux.

Les Japonais emportent donc une petite collection de mouchoirs en poche. Ceci est parfait et je propose de l'adopter sauf à prendre toile, coton ou soie. Mais les Japonais n'ont aucunement résolu le problème hygiénique par cette pratique très simple ; ils commettent même une faute plus grave que nous, à l'égard de leurs semblables, car ils jettent immédiatement le mouchoir qui a servi. Très bien fait quand ils le jettent au feu ; mais ils le jettent n'importe où : à terre, par la fenêtre, dans la rue, dans leurs jardins et enfin partout où ils se trouvent. Le papier ayant peu de valeur, ils ne regardent pas à le gaspiller ; soit ! Mais ces mouchoirs contaminés sont des agents de propagation pour une foule de maladies. Voilà où les Japonais prêtent à rire à leur tour.

Le remède à ce manquement est aisé à trouver ; que le mouchoir souillé soit conservé dans un récipient où rien de propre ne doit pénétrer. Deux moyens s'offrent à l'esprit : un petit sac facile à fermer et à ouvrir, une poche dans les mêmes conditions. Ce sac ou cette poche seront imperméables et fabriqués en une substance susceptible d'être désinfectée sans détérioration rapide.

Comme moyen de fermeture, j'ai essayé les cordons, les cordons avec coulisse, les anneaux métalliques articulés, les anneaux de caoutchouc ; c'est à ceux-ci que je donne la préférence.

Quant à la poche, elle peut être rattachée par des boutons à une baie ordinaire, d'où on la retire pour la désinfection ; il vaut mieux qu'elle soit munie d'un bouton ou d'une pince afin qu'on la tienne close ordinairement, mais, à la rigueur, on peut la garder béante.

Les mouchoirs qui ont servi sont donc introduits dans ces sacs et ne peuvent désormais souiller aucun vêtement. On les en retire lorsque leur nombre est assez grand pour gêner ; ils sont alors livrés au lessivage. Si le sac lui-même n'est pas nettoyé et désinfecté, il n'y a pas péril, puisqu'il ne doit recevoir ultérieurement que des mouchoirs souillés. Mais on ne fera pas comme avec nos poches actuelles, et on les cuira de temps en temps pendant une demi-heure ; alors tout sera correct.

Les mouchoirs propres, d'autre part, seront déposés dans une poche non moins propre, et, à côté du sac, quand il n'existe qu'une poche au vêtement. Je conseille de les insérer, comme des feuillets de livre dans une petite couverture souple ; étant petits, ils tiennent peu de place. On pourrait adopter des étuis également.

La question de la grandeur variera un peu suivant les goûts ; mais je suis sûr qu'on ne dépassera pas 15 centimètres de côté.

Le commerce offrira évidemment des sachets de différente

qualité ; j'ai voulu m'assurer que les étoffes caoutchoutées qui servent à la confection des vêtements imperméables, conviennent parfaitement, et j'en possède qui sont bons, résistants et souples, sans être chers ; un fabricant peut les livrer aujourd'hui à 75 centimes sans perdre son temps ; ce prix est donc très abordable.

Je crois que si la petite révolution que je préconise prend une rapide extension, le problème de la prophylaxie des maladies contagieuses, en ce qui concerne leur propagation par les excrétions des voies respiratoires, sera résolue d'une manière satisfaisante, pratique, simple. Les personnes qui deviendront malades n'auront qu'à conserver leurs habitudes ordinaires ; elles ne se singulariseront donc en rien vis-à-vis de la société et celle-ci sera protégée efficacement sans avoir de précautions particulières à prendre. En effet, le mouchoir est admis partout ; si l'on veut bien s'en servir judicieusement, il n'a pas de rival. Mais, sur ce point, j'ai encore un mot à dire, et il est important. J'ai parlé plus haut des expériences de FLUGGE. Ce savant a montré que la poussière sèche des crachats tuberculeux (1) est susceptible de propager la maladie quand les courants d'air sont violents, et il a insisté sur le danger de cette sorte de contamination dans les ateliers, les bureaux et les lieux publics où beaucoup de personnes se coudoient et vivent réunies, plus ou moins longuement ; mais il a prouvé que les phtisiques sont encore plus dangereux pour leur entourage par les particules qui jaillissent de leur gosier pendant les accès de toux, d'éternuement ou de bâillement, par conséquent (quoiqu'il n'en parle pas). Lui-même fait observer que la décence nous oblige à porter le mouchoir ou la main à la bouche, lorsque nous toussons, et j'ajoute lorsque nous éternuons ou bâillons. Nous ne pouvons donc travailler trop à introduire dans les mœurs cette sage et prudente habitude.

On ignore, dans le public, que beaucoup de bouches, supposées saines, sont habitées par une multitude de microbes, les uns inoffensifs, les autres pathogènes. Les circonstances ordinaires de la santé les tiennent en respect ; ils sont là plus ou moins à l'état de vie latente ; ils ne se propagent pas ; ils sont engourdis. Malheureusement la projection de ces microbes peut les amener sur un organisme moins résistant et alors, le terrain étant préparé, la mauvaise semence reprend toute son activité. Le germe du croup, le bacille diphtéritique est dans ce cas ; il reste inoffensif en certaines bouches, dans certaines fosses nasales ; cela dure un temps indéfini ; mais que le hasard l'en déloge et une épidémie peut s'ensuivre. Voilà ce que la science vient de nous apprendre en ces dernières années et c'est une raison péremptoire pour que les parents, les maîtres d'école, tous ceux qui ont l'éducation du monde à leur charge, se préoccupent sérieusement des habitudes les plus communes de la vie et les règlent conformément à la prudence hygiénique. Puissé-je y avoir contribué pour ma part en disant ouvertement ce que je pense de nos mœurs, de nos défauts et de nos ridicules, en combattant même les remèdes défectueux qu'on vantait outre mesure et en proposant des pratiques nouvelles.

Dr JORISSENNE.

(1) Roland STICHER et Max BENINDE (*Zeitschrift für Hygiene*, etc., 1899, Bd. 30, Heft, 1), ont confirmé ces observations et les ont étendues à d'autres maladies.

Que doit-on faire des Observations médicales trouvées dans une succession.

La question suivante a été soumise à la Société de médecine légale :

Un docteur en médecine peut-il exiger la remise des observations médicales que son père, également médecin, a laissées après sa mort, dans le but de conserver la clientèle de celui-ci, alors que les autres héritiers contestent ce droit ?

La commission désignée pour l'examen de cette question a répondu que, les observations réclamées par le fils faisant l'objet d'un différend entre lui et les autres héritiers, c'était aux tribunaux qu'il appartenait de décider ; mais qu'en tout cas, les observations médicales ayant un caractère essentiellement personnel et leur communication, même à un médecin, étant assimilable à une violation du secret professionnel, on pouvait en exiger la destruction.

(*Gazette hebdomadaire*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. BRETÒN, Maurice, interne des hôpitaux, est nommé aide préparateur de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Lille (emploi nouveau) (Arrêté préfectoral du 27 septembre 1900.

Notre « Carnet »

Le 2 octobre a été célébré, à Lille, le mariage du docteur PAINBLAN, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté, avec mademoiselle Gabrielle DRUEZ. Nous formons pour notre sympathique confrère et sa jeune épouse les meilleurs souhaits de bonheur.

— Un fils, JACQUES, vient de naître à notre rédacteur en chef. Nous adressons à notre collègue, le professeur COMBEMALE, nos vœux les plus sincères pour la mère et le nouveau-né.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Rennes. — M. le docteur BODIN est nommé professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie. Sont chargés de cours : MM. les docteurs PERRIN DE LA TOUCHE, pour la médecine légale ; VÉRON, pour les accouchements. Sont chargés des fonctions de chefs de travaux : MM. les docteurs CASTEX, pour la physique ; TOPSENT, pour l'histoire naturelle.

Le gérant : TH. CLERQUIN. Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Tours. — M. le docteur André est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie et de physiologie.

Sont promus au grade de **médecin aide-major de 1re classe dans le corps de santé militaire**, les médecins dont les noms suivent : MM. les docteurs Chassin, de 110me d'infanterie, à Dunkerque ; Pascal, du 3me génie, à Arras ; Grysey, du 27me d'artillerie, à Douai ; Gullier, du 73me d'infanterie, à Béthune ; Raoult-Deslonchamps, au 22me dragons, à Sedan ; Raymond, du 29me d'artillerie, à Laon ; Blay, du 148me d'infanterie, à Sedan.

Distinctions honorifiques

Médaille des épidémies. — La médaille de bronze est décernée à Madame Pierre, en religion sœur Eugénie, de l'hôpital de Trouville.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Esnault, de Lagor (Basses-Pyrénées) ; Komorowski, de Mondoubleau (Loir-et-Cher) ; Bénezet, d'Alger ; Weber, membre de l'Académie de médecine, Paris ; Kemmerer, de St Martin de Ré (Charente-Inférieure), mort après 61 ans d'exercice de la médecine ; Bouliech, conservateur honoraire des collections de la Faculté de médecine de Montpellier ; Foucart, de Paris ; Lartail de Marseille.

Albert, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.

Croquison, étudiant en médecine de quatrième année à la Faculté. Nous adressons à sa famille, l'expression de nos bien vives condoléances.

L'appariteur de notre Faculté vient d'avoir la douleur de perdre sa femme, Madame Duval-Tranchant. Nous adressons à ce vieux serviteur et ainsi qu'à son fils, notre confrère, le docteur G. Duval, l'expression de nos sentiments de regrets.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

Nomenclature des boulevards, passages, rues, etc., avec indication des arrondissements.

Comment on preserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications, par le docteur E. Rolland, *Paris*, 1900, Maloine.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

39me semaine, du 23 au 29 Septembre 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	»	»
3 mois à un an	»	»
1 an à 2 ans	»	»
2 à 5 ans	»	»
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	»	»
40 à 60 ans	»	»
60 à 80 ans	»	»
80 ans et au-dessus	»	»
Total	»	»

Répartition des décès par quartier	NAISSANCES par Quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phthisie pulmonaire	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	7	4	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	12	10	3	»	»	»	»	»	4	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	15	6	1	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Wazemmes, 36,782 hab.	23	15	4	»	»	»	»	»	1	»	»	8	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»
Vauban, 20,381 hab.	7	4	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	5	9	5	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»
Esquermes 11,381 hab.	4	3	1	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	5	4	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	12	13	2	»	1	»	»	1	2	»	»	7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Canteleu, 2,836 hab.	7	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	4	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total	101	71	19	»	2	»	1	2	12	»	»	26	»	5	1	»	1	»	1	1	1	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le gérant. Th. Clerquin.

N° 196. Quatrième Année. N° 41. Le Numéro : **10** centimes. 14 Octobre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la dysenterie par le bleu de méthylène (1)

par le docteur **Berthier**, Médecin-Major de 1re classe
Ancien Répétiteur de l'Ecole du service de Santé Militaire.

Le bleu de méthylène a reçu des applications thérapeutiques diverses. C'est un médicament qui a une origine histologique. Chez les animaux de laboratoire le bleu de méthylène injecté dans la circulation générale pendant la vie, se fixe sur les cylindres d'axe et sur les cellules nerveuses qui apparaissent colorées d'un beau bleu à l'aide d'une technique particulière. L'action colorante peut également être obtenue si on fait agir le bleu de méthylène en surface sur des pièces devant être soumises à l'analyse histologique. Cette élection colorante si remarquable nous explique d'une façon apparente la qualité nervine du bleu de méthylène et son pouvoir analgésiant. EHRLICH le premier l'a utilisé comme médicament dans le traitement de certaines affections nerveuses, des névrites, des névralgies. COMBEMALE l'a étudié au même point de vue. Le bleu de méthylène colore les hématozoaires du paludisme. EHRLICH et beaucoup d'autres après lui, l'ont employé contre la fièvre intermittente, se proposant de tuer les hématozoaires en les colorant. STILLING a remarqué le premier que des bactéries plongées dans des solutions d'aniline absorbent la matière colorante qui les tue, si la solution est suffisamment concentrée ; il préconisait le violet de méthyle qui n'est pas toxique et possède une forte action antiseptique au 10/1000. Il y a un rapport étroit entre l'action microbicide des couleurs d'aniline et la facilité avec laquelle les microbes se laissent colorer.

HUGOUNENQ et ERAUD ont étudié l'action antiseptique du bleu de méthylène à l'égard de la bactéridie charbonneuse et du gonocoque et ils l'ont employé en injections contre la blennorrhagie. Le bleu de méthylène a reçu encore d'autres applications et il a même été proposé pour le traitement des sarcomes en injections intra-parenchymateuses. En 1896 j'ai publié dans le *Bulletin médical* un mémoire sur le traitement de l'hyperchlorhydrie et de la gastralgie par le bleu de méthylène. Depuis cette époque j'ai eu l'occasion d'appliquer ce traitement analgésiant à plusieurs cas de gastralgie avec un succès complet et rapide. Cette étude de l'action locale du bleu de méthylène m'a

(1) Communication au XIIIe Congrès international de médecine (Section militaire).

conduit à penser que cette substance serait utilisable contre la dysenterie.

La dysenterie, infection microbienne du gros intestin dont l'agent pathogène n'a pas encore été bien déterminé, a pour dominante symptomatique des phénomènes nerveux intestinaux : envies impérieuses d'aller à la garde-robe, selles fréquentes, coliques, ténesme, arrêt de la sécrétion biliaire commandé par un trouble nerveux de l'intestin.

Le bleu de méthylène répond à cette triple indication : il est parasiticide, analgésiant, cholagogue. Parasiticide, il vise la cause pathogène de la dysenterie ; analgésiant, il s'adresse aux troubles nerveux intestinaux, à l'hyperexcitabilité du gros intestin ; enfin son emploi a démontré un pouvoir cholagogue très prononcé chez les dysentériques. J'ai appliqué ce traitement pour la première fois en décembre 1895 à l'hôpital militaire Desgenettes sur un malade rapatrié de Madagascar. C'était un paludéen qui avait eu à Madagascar une forte atteinte de dysenterie. Huit jours après son entrée à l'hôpital Desgenettes, la dysenterie réapparaît très violente. Les selles sont d'une fréquence très grande. Les envies impérieuses d'aller à la garde-robe se reproduisent presque toutes les 5 minutes, au point qu'il en arrivait à ne plus quitter la chaise percée. La face est pâle, anxieuse. Les selles sont glaireuses, striées de sang, peu abondantes. La langue est blanche, l'haleine fétide, l'appétit supprimé, la soif inextinguible. Il a une température de 38° et une insommie complète. Cet état durait depuis 4 jours lorsqu'a été commencé le traitement par le bleu de méthylène. Après le premier lavement le ténesme disparaît, les selles s'espacent et il peut prendre du repos. Deux jours après, la bile était réapparue dans l'intestin. Le cinquième jour les selles étaient moulées jaunâtres, l'appétit était revenu et on pouvait commencer à l'alimenter. En huit jours de traitement, malgré la reprise hâtive de l'alimentation, la guérison de cette atteinte sévère de dysenterie était obtenue. Il persista seulement pendant quelques jours encore une alternance de selles molles et de selles moulées, avec quelques mucosités.

D'autres malades de mon service, rapatriés de Madagascar, qui présentèrent des atteintes de dysenterie, furent traités de la même façon, et dans tous les cas on assista à une disparition rapide des phénomènes dysentériques. Depuis cette époque j'ai traité systématiquement par cette méthode toutes les dysenteries ou diarrhées dysentériformes que j'ai rencontrées. Avec les formes légères que l'on observe communément en France pendant la saison chaude, la dysenterie s'atténue après le premier lavement et disparaît en deux à quatre jours.

Le bleu de méthylène est administré en lavements chauds, d'un litre ou d'un demi-litre pour la période de début lorsque l'intestin est intolérant, contenant en dissolution un à deux décigrammes de bleu. On donne deux à quatre lavements par jour. Le premier jour, et jusqu'à ce qu'on ait obtenu une détente complète de tous les accidents, on prescrira quatre lavements à deux décigrammes de bleu, convenablement espacés de façon que l'effet du médicament se répartisse sur les vingt-quatre heures. Plusieurs précautions doivent être prises pour faire tolérer le lavement. On le donnera aussitôt après une garde robe, le malade étant étendu et le bassin un peu élevé de façon à favoriser la pénétration dans tout le gros intestin. Il sera administré en plusieurs temps pour atténuer l'excitation sur l'intestin hyperesthésié et intolérant. Le résultat obtenu étant lié à l'action topique, on comprend l'importance de prolonger et de réitérer le contact du lavement. On recommande au malade de le garder le plus longtemps possible. Rien n'empêcherait que dans certains cas le taux de quatre lavements en vingt-quatre heures fût dépassé. Le bleu de méthylène par la voie rectale n'est absorbé qu'en minime quantité ; les urines ne deviennent que légèrement bleuâtres ou verdâtres. On n'a donc pas à craindre une absorption trop forte de bleu. J'ai employé un bleu de méthylène *médicinal* provenant de la Pharmacie Centrale de France.

Sous l'action du bleu de méthylène, les douleurs, coliques, ténesme, épreintes, cessent rapidement, les garde-robes deviennent progressivement plus rares. Après un à deux lavements, au plus tard le deuxième jour, la bile revient dans les selles et ce n'est pas un des résultats les moins intéressants de cette médication. Cet effet paraît produit par l'action analgésiante du bleu de méthylène. Le retour rapide de la bile dans l'intestin semble même éclairer un des points de la pathogénie de la dysenterie. Lorsque la dysenterie s'installe, rapidement les selles se décolorent, elles cessent d'être teintées par la bile. Il ne s'agit pas d'un trouble dans l'excrétion, d'une oblitération des voies biliaires, puisqu'on n'observe pas d'ictère, mais d'un arrêt de la sécrétion biliaire. Cela se passe comme si

l'acholie était sous la dépendance d'une action réflexe ayant comme point de départ le gros intestin anormalement excité. Si on supprime cette excitabilité, le réflexe est suspendu et la sécrétion biliaire reprend son activité. C'est ce qu'on obtient avec le bleu de méthylène en lavements, qui se montre donc indirectement cholagogue chez les dysentériques.

A côté de cette action analgésiante et cholagogue du bleu de méthylène, qui représente la part de beaucoup la plus active dans l'amélioration obtenue, il y a aussi l'action parasiticide qui pourrait être prise en considération. Le bleu de méthylène colore les éléments microbiens vivants, il colore la bacille coli que beaucoup d'auteurs considèrent comme étant l'agent pathogène de la dysenterie ; et il passe pour diminuer la virulence des bactéries. J'ai constaté que dans les bouillons de culture additionnés de bleu de méthylène à la dilution de 2 p. 10.000 et de 5 p. 10.000, le bacille coli se colore, mais conserve ses mouvements et sa végétabilité pendant plus de huit jours, par conséquent dans des conditions de dose et de durée qui excèdent l'action thérapeutique. On devra donc peu compter sur cette action parasiticide.

Le bleu de méthylène atténue indirectement la virulence et la toxicité en provoquant le retour de la bile dans l'intestin. On admet que la bile a un léger pouvoir antiseptique et qu'elle exerce une action antitoxique très prononcée. Lorsque la bile n'est plus versée dans l'intestin, les selles deviennent fétides et la toxicité urinaire augmente. La présence de la bile dans l'intestin, c'est la désinfection intestinale réalisée. Cette présence est indispensable pour la bonne régulation des fonctions intestinales.

Tous les traitements classiques de la dysenterie, ipéca, calomel, purgatifs, visent l'écoulement de la bile dans l'intestin. Ce retour de la bile est donc d'une importance considérable ; il paraît avoir sa large part dans l'amélioration de l'état dysentérique et il est le meilleur indice de cette amélioration.

Chez des malades dysentériques qui avaient des troubles gastriques, des vomissements, j'ai donné du bleu par la bouche, à la dose d'un à deux décigrammes, en prises enroulées dans du papier de soie ; et les troubles gastriques, les vomissements ont cessé. J'ai également plusieurs fois donné conjointement du salicylate de soude qui a une action cholagogue. Mais je n'ai jamais pu me rendre compte s'il y avait un avantage réel à faire prendre simultanément ce médicament. C'est au même titre qu'on pourrait avoir recours à l'action synergique du calomel, à doses fractionnées, par milligramme. Dans la très grande majorité des cas le bleu de méthylène à lui seul, en lavements, paraît devoir suffire.

Cette médication doit avoir comme adjuvant précieux une alimentation convenable qui laisse reposer l'intestin : le régime lacté au début, auquel on ajoutera progressivement des œufs, de la viande, du riz. L'abdomen sera enveloppé de flanelle.

Telle est cette médication de la dysenterie par le bleu de méthylène, intéressante à plusieurs points de vue. Elle se recommande par sa simplicité, qu'on peut opposer au calomel si délicat à manier et à l'ipéca difficilement accepté et supporté, par la disparition hâtive des phénomènes douloureux et par son action cholagogue. Le bleu de méthylène est parasiticide, cholagogue, analgésiant et il exerce ces qualités si importantes sans être nuisible, sans action toxique ou irritante.

Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses urinaires (1)

par le Dr V. Carlier, professeur agrégé à la Faculté de médecine

Il me paraît indispensable d'envisager séparément la valeur de nos moyens d'action chirurgicale suivant qu'ils s'adressent à la tuberculose du rein ou à la tuberculose de la vessie.

Je partage les idées émises par M. Pousson dans son rapport sur la tuberculose rénale ; la néphrectomie me paraît l'opération de choix, la néphrotomie une opération de nécessité, un pis-aller. Les résultats immédiats et éloignés de la néphrectomie sont d'autant plus remarquables que l'opération est pratiquée à une époque plus rapprochée du début de la maladie, dans la *phase d'infection purement bacillaire* (Pousson).

Chirurgien et malade ont tout à gagner à ne pas temporiser longtemps ; le premier opérera dans des conditions plus simples, le second n'en sera encore qu'à la période d'infection rénale avec une vessie non encore ou à peine infectée par le bacille de Koch.

Ce que nous savons de l'évolution habituelle de la tuberculose du rein et de l'unilatéralité fréquente de cette localisation du bacille de Koch nous engage à

(1) Communication au XIIIe Congrès international de médecine, section de chirurgie urinaire.

intervenir hâtivement, dès que le diagnostic est posé.

En effet les lésions bacillaires du rein évoluent silencieusement plus souvent qu'on ne le pense, et l'on est parfois surpris, le rein une fois enlevé, d'y constater de grosses lésions que l'on n'y soupçonnait pas.

La néphrectomie n'est justifiée qu'autant que l'on a des renseignements précis sur la valeur fonctionnelle du rein supposé sain. Le cathétérisme des uretères, dont on peut être le partisan ou l'adversaire, nous donne évidemment ces renseignements indispensables. Je me suis pendant longtemps refusé à cathétériser l'uretère du côté supposé sain, mais je viens d'observer et d'opérer un malade dans des conditions qui m'ont rendu désormais méfiant à l'égard de l'épreuve du bleu de méthylène. Chez ce malade l'épreuve très concluante du bleu et l'analyse chimique des urines m'avaient permis de croire à l'intégrité du rein congénère. J'eus recours à la néphrectomie ; or mon malade est mort, et l'autopsie m'a permis de constater de très graves lésions dans le rein que j'avais laissé.

Je ne crois pas que la néphrectomie doive forcément être suivie de la résection de l'uretère. C'est en effet un second acte opératoire qui prolonge l'opération et dont le malade ne tire pas toujours grand profit. Je cherche même à ne pas trop diminuer la longueur de l'uretère de façon à le fixer au fond de la plaie. Si l'uretère suppure consécutivement, j'ai de la sorte plus de facilité pour traiter le trajet fistuleux que si l'uretère avait été réséqué jusque dans le pelvis.

Je me déclare donc très partisan de l'intervention et de l'intervention hâtive dans la tuberculose du rein. Par contre, je suis beaucoup plus réservé lorsqu'il s'agit d'une tuberculose de la vessie.

La tuberculose vésicale est secondaire à une tuberculose du rein ou à une tuberculose de la prostate ou des vésicules séminales ; dans le premier cas, la néphrectomie pratiquée en temps opportun mettra la vessie à l'abri de toute atteinte bacillaire, et en cas d'infection déjà existante, elle restera le moyen le meilleur pour la combattre. Que de tuberculoses on eût évité si l'on avait supprimé plus tôt la source de contamination, c'est-à-dire le rein.

Mais que faire à un malade dont la vessie s'est infectée consécutivement à une tuberculose de la prostate ou des vésicules ? Il me paraît illogique d'intervenir du côté de la vessie sans supprimer d'abord la source de son infection. Les malades que j'ai opérés à une époque rapprochée du début de leur maladie en les soumettant à une taille hypogastrique suivie de curettage, de cautérisations ignées et d'excision des lésions, n'ont en général pas bénéficié de mon intervention et les douleurs réapparurent dès que je laissai se refermer la fistule vésico-hypogastrique. Je me suis bien mieux trouvé du traitement médical chez les malades dont les mictions sont surtout fréquentes et à peine douloureuses, et j'ai observé des cas où ce traitement a agi merveilleusement. Une fistulisation hypogastrique de la vessie n'eût pas mieux fait, et je n'avais pas créé une infirmité toujours très pénible. Si cependant l'examen bactériologique des urines me fait constater une association microbienne dont nous connaissons la gravité, j'interviens par des instillations appropriées, auxquelles je renonce vite d'ailleurs si elles provoquent la moindre irritation.

Quant la cystite n'est influencée ni par le traitement médical, ni par les pansements intra-vésicaux, qu'elle épuise le malade par la fréquence et la douleur des mictions, j'interviens alors par la cystostomie que je préfère au drainage par le périnée. L'opération procure aux malades un soulagement réel qui peut en imposer parfois pour une guérison, mais je considère que ce drainage hypogastrique une fois créé doit être définitif.

Etude expérimentale sur les fractures de la mâchoire supérieure (1)

par le Docteur **René Le Fort**

Les fractures de la mâchoire supérieure sont considérées comme rares par tous les auteurs ; il est pourtant assez facile de les produire expérimentalement, et on peut dire d'elles ce que disait Alphonse Guérin de la fracture double transversale des maxillaires : « s'il est facile de les produire chez le cadavre, il est impossible qu'elles ne soient pas fréquentes sur le vivant. »

Beaucoup de ces fractures passent sans doute inaperçues, en raison de l'absence ordinaire de signes extérieurs, tels que déplacement et mobilité et aussi à cause de la facilité avec laquelle elles se réparent le plus souvent.

(1) Travail présenté au XIIIe Congrès International de Médecine (Section de Chirurgie générale, séance du 4 août).

Parmi ces fractures, les unes sont locales, limitées au bord alvéolaire, ou à la paroi antérieure du sinus maxillaire, ou encore à la voûte palatine, aux apophyses montantes du maxillaire supérieur dont la rupture partielle accompagne parfois les fractures des os du nez ; d'autres sont étendues et atteignent à la fois plusieurs os de la face, c'est sur ces dernières seules que mon étude a porté.

J'ai entrepris une série d'expériences dans des conditions diverses, faisant varier le point d'application de la violence, sa direction, et agissant tantôt sur la tête appuyée contre un plan résistant et tantôt sur la tête, mobile, libre de fuir l'agent vulnérant. D'autres conditions encore, peuvent faire varier les résultats ; il semble néanmoins qu'il soit permis de les négliger en pratique. Les lois qui régissent les fractures sont les lois générales de la résistance des corps; lois de l'action et de la réaction.

L'action est représentée par le point d'application de la force, la direction de cette force, sa vitesse, la durée de son action, la masse de l'agent vulnérant ; la réaction c'est tout ce qui s'oppose au simple déplacement de l'objet soumis à l'effort, autrement dit le degré et le mode de fixité du corps qui subit la violence. L'effet de ces deux forces dépend de l'architecture et de la texture de l'os.

A chaque variation de l'une de ces causes peut correspondre une variation dans les effets, mais l'influence de plusieurs de ces causes peut se réduire aisément.

Ainsi, la texture de l'os, dont dépend le degré de fragilité osseuse, la vitesse de l'agent vulnérant, l'étendue de la surface sur laquelle il agit, etc., influent seulement sur le degré des lésions, et comme nous ne sommes pas maîtres de maintenir dans nos diverses expériences un même degré de fragilité osseuse, nous pouvons ne pas tenir compte des conditions qui n'agissent que sur le degré des lésions, puisque de ce côté, il y aura des variations considérables, indépendamment de notre volonté.

En dehors de ces expériences, j'ai recherché dans la littérature médicale les observations cliniques assez complètes pour être utilisables ; j'ai mis à profit les travaux expérimentaux antérieurs, et j'ai utilisé quelques observations inédites.

Il m'est impossible de détailler ici mes expériences, je me bornerai à présenter quelques conclusions générales qui découlent de mes recherches.

1° Les chocs antéro-postérieurs portés au niveau de la lèvre supérieure entraînent la production d'une fracture transversale des deux maxillaires (fracture de GUÉRIN), en détachant un grand fragment qui comprend la voûte palatine, le bord alvéolaire et les deux apophyses ptérygoïdes. Ce fragment est parfois divisé en deux par une fissure antéro-postérieure.

2° Les chocs latéraux portés au niveau de la partie inférieure du maxillaire agissent différemment suivant que la violence a une direction horizontale ou oblique.

Horizontale, il se fait une grande fracture horizontale double comme dans le cas précédent ; seulement, une ou les deux apophyses ptérygoïdes peuvent être respectées.

Si la violence est dirigée obliquement en bas, ce fragment ne comprend que la partie inférieure du maxillaire frappé, séparé de celui du côté opposé par une fracture ou une disjonction.

Si la violence porte trop bas, le bord alvéolaire seul cède.

3° A la suite de chocs portés de bas en haut sur le bord alvéolaire supérieur, la bouche étant ouverte, toute la partie moyenne de la face cède, depuis l'arcade dentaire jusqu'aux os du nez, les os malaires restent en place. Le grand fragment ainsi obtenu est en outre séparé en deux près de la ligne médiane et il se fait une grande fracture horizontale comme dans les cas précédents, fracture intéressant entièrement tantôt un seul maxillaire, tantôt les deux.

4° Les chocs qui portent sur la partie antérieure et moyenne de la face produisent des effets très analogues ; la partie moyenne de la face se détache et se divise en deux comme dans les cas précédents, et on observe la même tendance à la fracture horizontale.

5° Les chocs qui portent sur la racine du nez, de haut en bas et fléchissent la face, peuvent écraser la mâchoire supérieure entre l'agent vulnérant et le maxillaire inférieur appuyant sur le sternum. M. WALTHER a montré qu'en pareil cas il se fait une fracture à quatre fragments du maxillaire supérieur.

6° Les violences qui s'exercent sur le menton peuvent entraîner la production de fractures de la mâchoire supérieure, et cela dans des conditions différentes, par chute ou par choc sur le menton ou encore par écrasement, la mâchoire supérieure étant prise entre deux forces, l'une agissant sur la mâchoire inférieure, l'autre sur le crâne. Ces trois mécanismes

ont été observés sur le vivant sans fractures du maxillaire inférieur ; personne n'a pu les reproduire sur le cadavre, probablement parce qu'il est nécessaire que la contraction musculaire intervienne pour immobiliser les deux mâchoires l'une contre l'autre. Il semble y avoir eu dans les trois cas des écrasements très étendus de la face, avec séparation transversale d'un grand fragment alvéolaire, simple ou divisé en deux.

Avec rupture du maxillaire inférieur, j'ai obtenu des fissures dans la fosse canine. J'en avais obtenu dans un cas par choc direct sur l'arcade alvéolaire. Je serais tenté de croire que les lésions doivent être les mêmes, le mécanisme, au fond, étant à peu près identique.

7° Les violences exercées au niveau des os malaires, qui doivent représenter la majorité des traumatismes de la face, ont une action différente suivant que la tête est posée contre un plan résistant ou qu'elle est libre et peut fuir l'agent vulnérant.

A) quand la tête est libre, la lésion dominante est l'enfoncement de l'os malaire dans le sinus par effondrement de la pyramide. A un degré plus élevé, on n'observe guère que des lésions comminutives en raison du degré considérable de violence nécessaire pour agir sur la tête libre.

B) Quand la tête ne posède qu'une demi-mobilité ou que, animée d'un mouvement plus ou moins rapide, elle vient heurter un corps dur, il y a tendance à la séparation complète de la face et de la base du crâne, division de la face en deux parties près de la ligne médiane et division des deux fragments.

C) Quand la tête est complètement appuyée, l'os malaire se sépare des os voisins, l'apophyse montante du maxillaire forme un deuxième fragment, et toute la voûte palatine avec le bord alvéolaire, séparé par une grande fracture transversale, en forme un troisième.

8° Quand la violence s'exerce transversalement sur toute la partie antérieure de la face, os malaires, os du nez et maxillaires, c'est la séparation complète de la face et du crâne qu'on observe. En outre, la face se divise en deux d'avant en arrière, et les fragments latéraux se subdivisent encore.

9° Enfin, quand la violence porte sur la partie postérieure de l'os malaire, la tête étant appuyée latéralement, il se fait une division verticale de la face, dont la partie antérieure est repoussée en avant par le redressement de la courbure de l'arc zygomatique. Ici, la fracture ne s'arrête pas au crâne, elle intéresse fréquemment les étages antérieur et moyen du crâne. La séparation de l'os malaire s'observe en pareil cas. Il y a lieu de faire remarquer qu'ici la violence porte à la limite extrême de la face, presque sur le crâne, et, en dehors des faits exceptionnels, c'est dans ces conditions seulement qu'on obtient des fractures du crâne comme complication des fractures de la face.

Il y a en effet, entre le crâne et la face une grande indépendance, et la plupart des traumatismes violents ont tendance à séparer l'un de l'autre les deux massifs osseux. Au point de vue chirurgical, il faut considérer les apophyses ptérygoïdes et les masses latérales de l'ethmoïde, intimement soudées à la face, comme faisant partie de la mâchoire supérieure. C'était bien, semble-t-il, l'opinion de MALGAIGNE, quand il disait :

« La mâchoire supérieure comprend la plupart des os du crâne et de la face. »

La face, ainsi comprise, se sépare ordinairement du crâne suivant une grande fissure passant transversalement de la racine du nez au trou occipital.

Les chocs qui portent exclusivement sur la partie moyenne de la face, soit d'avant en arrière, ou de haut en bas sur la racine du nez, ou de bas en haut sur le bord alvéolaire ou même sous le menton, laissent intacts les os malaires, qui restent adhérents au crâne ; et c'est seulement la partie moyenne de la face qui cède. Il y a là un nouveau plan de clivage qui traverse les apophyses pyramidales des maxillaires supérieurs, l'ethmoïde et le racine du nez. Nous avons vu plus haut que la face, séparée ou non du crâne, tend à se diviser en fragments, ces fragments présentent des caractères assez constants, quel que soit le mécanisme de la fracture.

Le plus fréquemment obtenu correspond à la grande fracture transversale de GUÉRIN. Il comprend la voûte palatine, le bord alvéolaire et les apophyses ptérygoïdes. Il est parfois divisé en deux par une fissure antéro-postérieure passant le plus souvent à quelque distance de la ligne médiane.

L'os malaire forme très souvent un deuxième fragment. L'os est généralement intact ou à peu près et a entraîné avec lui le sommet de l'apophyse pyramidale du maxillaire ou plus rarement toute l'apophyse.

La branche montante du maxillaire supérieur avec

une partie des unguis et parfois des os du nez forme un troisième fragment.

Des esquilles de la paroi antérieure du sinus maxillaire, des masses latérales de l'ethmoïde, de la partie inférieure des os du nez, etc., unissent entre eux les fragments précédents et complètent le massif osseux de la mâchoire.

Sarcome de la paupière supérieure

Par le docteur **Dubar**, ancien interne des Quinze-Vingts.

Les sarcomes se montrant primitivement à la paupière supérieure sont très rares, les traités d'ophtalmologie n'en parlent même qu'incidemment.

J'ai eu l'occasion d'en observer un cas qui a eu pour point de départ très net un traumatisme : à la même époque Morestin en observait un de même origine, chez un individu du même âge, mais affectant le périoste frontal. Il a communiqué l'observation à la Société anatomique de Paris.

Voici l'observation de mon cas :

Le 2 septembre 1899 on amenait à ma consultation, avec une recommandation de notre regretté confrère le docteur Hernu, de Laventie, la jeune Agnès A..., âgée de 8 ans ; très bien portante jusque-là, elle avait eu, 40 jours auparavant, un petit accident : elle s'était, en courant, frappé le front contre celui d'une compagne. Quelques compresses d'eau de Goulard lui furent appliquées pour tout traitement ; au bout de 12 jours, lorsque l'ecchymose fut disparue, on aperçut un petit lobule du côté de l'angle interne de la paupière supérieure gauche. Ce lobule augmentant, la mère se décida à venir me consulter. A cette époque il y avait un ptosis complet de la paupière supérieure gauche ; en la soulevant on apercevait l'œil, lequel n'avait pas subi de déplacement sensible. On sentait, en appliquant le doigt sur la paupière, une tumeur formée de deux lobules durs, arrondis, sur lesquels la peau était bien mobile. Le médecin et la mère attribuaient ces grosseurs à un épanchement sanguin, je fis une ponction avec la seringue de Pravaz sans rien retirer. J'étais assez embarrassé ; mais étant donné le caractère lobulé de la tumeur, et le sarcome étant l'affection la plus commune dans cette région et à cet âge, ce fut le diagnostic que je portai. Je proposai l'intervention la plus large possible, la mère ne voulut rien entendre et je dus me borner à enlever la tumeur seule.

L'opération fut faite à ma clinique particulière, avec le concours de notre excellent confrère le docteur Vanuxem. Je dois signaler un petit incident qui se produisit au cours de l'opération : il y eut à deux reprises un arrêt du cœur qui céda à quelques frictions et sans que cela n'eut aucune suite fâcheuse. Le chloroforme était cependant donné goutte à goutte et l'enfant n'en avait pas absorbé à ce moment plus de dix grammes.

Je fis une large incision occupant tout le sourcil et malgré cela je ne parvins à circonscrire complètement qu'un des lobules, le second adhérait fortement au périoste ; je grattai et ruginai l'os pour, autant que possible, ne rien laisser de la tumeur. Ces masses contenaient une sorte de gélatine ayant une ressemblance vague avec du sang caillé.

La guérison se fit rapidement ; quand l'enfant nous quitta la plaie était complètement cicatrisée, mais le ptosis persistait.

L'enfant nous revint quinze jours après avec une paupière énorme et fortement tuméfiée. Les parents se décidèrent alors à me laisser vider complètement l'orbite.

Je repris ma première incision et vidai tout l'orbite, bien que le globe de l'œil ne fût pas absolument atteint ; la tumeur s'en détachait facilement. Je conservai cependant la paupière inférieure qui ne présentait rien de suspect, pour que le résultat obtenu fût moins hideux.

La difficulté la plus grande se montra encore cette fois du côté de l'angle interne et supérieur de l'orbite, où je m'appliquai à extirper cette tumeur à fond et où, malgré le sang, je nettoyai l'os aussi près que possible sans l'attaquer cependant. Je ne pansai que lorsque je ne vis plus aucun point suspect.

La tumeur, examinée à cette époque par notre excellent confrère le docteur Raviart, était un sarcome à cellules rondes en pleine karyokinèse et présentant de grandes probabilités de récidive.

L'examen de la pièce par la méthode glycogénique de Brault avait montré une forte coloration brun acajou, ce qui nous avait déjà donné de bonnes raisons de croire à une récidive. Cependant elle se fit longtemps attendre, mais dès qu'elle se fût montrée, elle marcha avec une effrayante rapidité.

N'ayant plus de nouvelles de l'enfant depuis longtemps, j'en demandai aux parents qui me répondirent par une lettre des plus rassurantes ; la plaie était en parfait état, rien d'anormal si ce n'est que l'enfant était un peu grippée. Quatre jours après on me la ramenait, une nouvelle récidive de la grosseur d'un pois se montrait à la paupière inférieure En moins de douze jours la tumeur avait envahi l'orbite, l'avait rempli et s'était même projetée au dehors de trois à quatre centimètres.

L'opération que j'avais proposée douze jours auparavant je n'osais plus la faire ; je ne reculais pas devant l'étendue de la tumeur, mais parce que l'état général de l'enfant était devenu mauvais Elle avait perdu l'appétit et surtout présentait du souffle à un des sommets, ce que je n'hésite pas à mettre sur le compte d'une généralisation pulmonaire du sarcome.

Que cet enfant eût pu être sauvé par une opération plus complète la première fois, c'est possible, bien que rien ne le prouve. Je n'en ai pas moins regretté de n'avoir pas eu sous la main à cette époque un moyen rapide de diagnostic histologique qui m'aurait laissé une preuve palpable et m'aurait permis de passer outre à la décision des parents. Ce moyen

existe, c'est la méthode de durcissement rapide par la réfrigération qui permet d'exécuter des coupes séance tenante et d'avoir un diagnostic histologique suffisant en dix minutes.

Je dois dire pourtant qu'au même moment et dans un cas analogue (sarcome de la face chez un enfant de huit ans) où « les choses n'étaient pas à un point trop avancé, » un chirurgien très expérimenté et très osé n'a pu empêcher les récidives, même avec des interventions faites « dans la mesure la plus large. »

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 12 Octobre 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Exostose syphilitique de la clavicule droite comprimant le nerf récurrent et le tronc veineux brachio-céphalique

M. Ingelrans présente en son nom et en celui de **M. Verhaeghe** un malade de 36 ans, porteur d'une tumeur siégeant au tiers interne de la clavicule droite comprimant le tronc veineux brachio-céphalique, le nerf récurrent et le sympathique. En effet, le malade présentait un œdème très marqué du bras : des dilatations variqueuses, une circulation supplémentaire assez marquée ; de plus une grande difficulté pour la respiration et pour la déglutition, parfois il avait des accès de toux coqueluchoïde, de l'inégalité pupillaire, en somme tous les symptômes d'une tumeur du médiastin.

Le malade avoue avoir contracté la syphilis en Chine. Soigné d'une façon intensive au Val-de-Grâce il y a dix ans (injections de peptonate de mercure, frictions mercurielles, iodure), il semble qu'il ait eu à cette époque des accidents analogues à ceux qu'il présente actuellement.

Il est évident qu'actuellement l'hypothèse de la gomme de la clavicule permet d'expliquer tous les troubles. En effet la compression du tronc veineux brachio-céphalique explique la circulation complémentaire, la torpeur cérébrale ; la compression du récurrent, les troubles de la phonation et la toux coqueluchoïde ; la compression du sympathique l'inégalité pupillaire.

Il est à noter que la syphilis tertiaire attaque souvent la clavicule et le tibia, mais elle amène rarement l'hyperostose. En tout cas, chez le malade de M INGELRANS, le traitement antisyphilitique a déjà donné un bon résultat et tous les symptômes se sont très considérablement amendés (*sera publié prochainement*).

Néphrotomie pour calcul rénal

M. Carlier présente un malade de 35 ans environ chez lequel il a pratiqué, il y a trois semaines, la néphrotomie droite. Ce malade était entré dans le service de M. CARLIER se plaignant d'une douleur persistante lombaire ; il avait déjà eu deux hématuries. Par moments il avait, disait-il, les urines un peu troubles. Une radiographie faite par M. BÉDART décela la présence du calcul. L'opération fut pratiquée par la voie lombaire ; le rein fut incisé par son bord convexe, et le calcul inclus dans le bassinet fut facilement extirpé. Malgré une hémorrhagie assez abondante, la suture du rein fut rapidement pratiquée et le malade guérit très bien.

L'examen du calcul permet de distinguer deux zones, l'une un peu grise déjà infectée comme le prouvent les urines légèrement troubles, l'autre noire. Il semble bien qu'il soit formé d'acide oxalique. Car les calculs uratiques ne peuvent pas être décelés par les rayons Rœntgen, et lorsque l'examen radiographique est positif c'est qu'on se trouve en présence d'un calcul constitué par de l'acide oxalique ou du phosphate de chaux.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Gastrostomie

M. Lambret présente un jeune homme de 18 ans, nourri depuis deux mois au moyen d'une sonde à demeure dans l'estomac. Il avait, il y a un an, absorbé par mégarde, croyant boire de l'eau-de-vie, de la potasse caustique. Amené à l'hôpital à cette époque, il présentait déjà des signes bien nets de rétrécissement cicatriciel; le cathétérisme de l'œsophage était impossible, bien que l'on fît usage de sondes de faible calibre. Le malade quitte alors l'hôpital, mais doit y rentrer dans un état de cachexie considérable, pesant à peine 27 klgs. Après lui avoir donné pendant quelques jours des lavements nutritifs et des injections de sérum artificiel, M. LAMBRET pratique la gastrostomie par le procédé de MARWEDELL, mais l'opération fut rendue difficile, car l'estomac était très petit, caché par le foie ; aussi le trajet fistuleux eut-il une direction ascendante. Au début on ne laissa pas la sonde à demeure, mais devant certaines difficultés pour réintroduire la sonde, M. LAMBRET décida de la laisser à demeure. Actuellement le malade se nourrit bien au moyen de sa sonde qui ne laisse pas sourdre

de liquide gastrique et il augmente de poids, 34 klgs.

M. Lambret n'a pas encore essayé de nouveau le cathétérisme, il espère que peut-être, l'on pourrait le tenter actuellement avec plus de succès.

Une observation curieuse d'appendicite

Appendicite à gauche ; Section spontanée de l'appendicite et de son méso.— Retour du cœcum dans la fosse iliaque droite.

M. Potel lit une observation (*sera publiée*) d'un petit malade opéré pour un abcès contenant 300 gr. de pus, situé entre la vessie et le rectum et étant nettement la conséquence d'une appendicite, ayant été évacué par la fosse iliaque gauche, puis ayant ensuite donné lieu à l'évolution du cœcum dans la fosse iliaque droite.

M. Potel recherche la pathogénie de ces accidents, qu'il attribue à un glissement de l'appendice et du cœcum vers la fosse iliaque gauche par suite d'adhérences à des anses intestinales grêles, puis à leur retour dans leur siège normal après ouverture de l'abcès.

M. Moty, sans contester le diagnostic, se demande cependant si l'appendicite est bien certaine et si l'on ne s'est pas trouvé en présence d'une simple invagination intestinale.

M. Lambret se demande pourquoi le cœcum aurait ensuite réintégré son siège normal, car si les adhérences étaient faibles, elles se seraient déchirées amenant des complications péritonéales ; au contraire si elles étaient bien constituées, il n'y aurait aucune raison pour admettre qu'elles se soient relâchées si rapidement.

M. Carlier croit avoir observé deux appendicites à siège anormal, s'étant ouvertes l'une dans le rectum, l'autre dans la vessie. Aussi, dans le cas de M. Potel, il se demande si l'hémorrhagie ne s'est pas aussi produite au niveau de l'abcès et vidée directement dans le rectum. Il ne croit pas non plus à la migration de l'appendice.

M. Potel reconnaît les observations justes au point de vue théorique, mais ne voit pas toutefois d'autres explications du fait clinique.

Avulsion d'une aiguille enfoncée dans le cœur d'un enfant.

M. Lefort montre à la Société une aiguille de quatre centimètres enlevée chez un enfant de onze ans et qui était enfoncée profondément dans la région précordiale. L'aiguille était animée de mouvements de va-et-vient et semblait s'enfoncer peu à peu. L'opération ne donna lieu à aucun accident et le malade guérit très bien (*sera publié*).

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Conseils aux jeunes médecins

Éclairez vos W. C., voilà le commencement de la sagesse. C'est aussi le conseil que nous donne le Dr Biberfeld, dans le *Münchener medicinische Wochenschrift*. Pour l'avoir négligé, un médecin des plus réputés s'est vu attraire devant la justice de son pays, ce qui ne va jamais sans moult frais et désagréments.

Ce praticien a une consultation des plus fréquentées. Un malade que l'attente prolongée avait réduit à une extrémité des plus pressantes, fut un jour contraint de se retirer momentanément dans le local qu'un vieil usage réserve à la destination la plus intime. L'accès du dit appartement était paraît-il, assez difficile et mal éclairé.

Le malade, insuffisamment familiarisé avec les êtres de la maison, fit, au cours de ses tentatives, une chute dont les suites furent longues et sérieuses et qui occasionna une incapacité de travail prolongée.

A peine remis sur pied, il s'empressa d'assigner le médecin chez lequel l'accident s'est produit, et de lui réclamer une indemnité pécuniaire des plus sérieuses.

En première instance, les conclusions du plaignant furent accueillies ; le tribunal décida que le médecin a pour devoir de garantir au public, et ce durant ses heures de consultation, le libre usage des W. C. et, par conséquent, d'éclairer convenablement ledit local.

En appel et en cassation, cette théorie n'a cependant pas été admise (jugement du III Sénat Civil, 23 février 1900) Chose curieuse, ce sont des considérations d'hygiène générale qui ont motivé la décision des juges d'appel.

On ne peut obliger personne à partager avec le premier venu son siège le plus intime ; c'est ce que le jugement constate expressément. S'il peut arriver que le médecin doive quelquefois autoriser ses clients à user librement de ses installations hygiéniques, il n'est donc pas, en droit strict, obligé d'éclairer les locaux en question. En pratique, il semble cependant prudent de le faire.

Il faut ajouter que dans l'antichambre du praticien assigné, un domestique de la maison se trouvait en permanence durant les heures de consultation et que le plaignant aurait pu parfaitement demander de la lumière, si tant est que ses méditations avaient besoin d'être si confortablement éclairées.

(Journal médical de Bruxelles).

Religion et Folie.

L'extrait suivant est bon à rappeler. Il s'agit d'une réponse de Leuret à Heinroth qui considérait la folie, non pas comme une maladie du corps, « mais comme une maladie de l'esprit, un péché ».

« ... Dire que l'homme ne deviendra jamais aliéné, s'il a

toute sa vie, dans son cœur, l'image de Dieu, c'est méconnaître les innombrables cas de folies engendrées par la vie ascétique et par la superstition ; imputer les tourments des ensorcelés et des possédés du démon, aux remords de leur conscience, c'est calomnier des malheureux qui n'ont souvent d'autres torts que d'exagérer leurs fautes, ou même de s'en attribuer qu'ils n'ont jamais commises ; avancer que l'homme a une puissance morale qui ne peut être vaincue par aucune puissance physique, c'est ignorer l'influence qu'exercent, sur la production de la folie, les blessures à la tête, l'ingestion de certaines substances vénéneuses, l'inflammation des méninges, etc., etc. Se refuser à admettre que la folie soit transmissible, par voie de génération, c'est se refuser à l'évidence, et nier ce que l'on voit tous les jours. » LEURET.

(*Traitement moral de la folie*, p. 147).

A propos de la lutte contre l'alcoolisme

Mortalité comparée des abstinents totaux et des buveurs. — Les statistiques donnent quelquefois des résultats inattendus. C'est ainsi que la *British medical Association* est arrivée à établir le tableau suivant basé sur l'étude de 4.234 morts.

Les abstinents totaux sont morts en moyenne à cinquante et un an. Les buveurs occasionnels à cinquante-neuf ans. Les buveurs habituels à cinquante-sept ans. Les buveurs immodérés à cinquante-deux ans. Les tempérants arrivent seuls à la moyenne très honorable de soixante deux ans.

Il est curieux de voir que l'abstinence absolue de l'alcool amène des effets aussi fâcheux que son abus. Constatons donc une fois de plus que l'excès en tout est un défaut.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité médicale.
Obligations des médecins de bureau de bienfaisance.

Le 30 Avril 1899, dans une commune de l'arrondissement de Cambrai, un sieur L... mourait à la suite de coups qui lui avaient été portés par son beau-fils, et pour lesquels il avait reçu les soins du médecin du bureau de bienfaisance de cette commune, le docteur T.... La veuve, attribuant le décès de son mari à l'imprudence et à la négligence du médecin, l'actionna devant le Tribunal civil de Cambrai. Elle demandait : 1° principalement, et avant faire droit, la condamnation du docteur T... en 6.000 fr. de dommages intérêts ; 2° subsidiairement et avant faire droit, l'autorisation de rapporter par tous moyens de droit, notamment par témoins, la preuve de certains faits constitutifs de la négligence reprochée.

De son côté, le docteur T.... soutenait qu'en droit, sa responsabilité ne pouvant être engagée qu'à raison de fautes lourdes qu'il n'avait pas commises, la demande principale formée contre lui n'était pas fondée, et qu'en outre, les faits articulés dans les conclusions subsidiaires de la demanderesse n'étaient ni pertinents ni admissibles.

Par jugement du 15 mars 1900 (*la Loi* du 19 mai 1900), le tribunal de Cambrai statua, sur les deux chefs en question, dans les termes suivants :

« Attendu que, dans le silence, sur ce point, des lois des 19 ventôse an XI et 30 novembre 1892, la responsabilité des médecins découle des principes généraux de l'art. 1382 du Code civil ; qu'ils doivent être déclarés responsables, non pas des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi, dans l'exercice de leur profession, mais de leur négligence et de leur légèreté, lorsque les faits qui leur sont reprochés sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science ;

Que ces principes, d'une équité parfaite et faisant au corps médical toutes les concessions possibles, constituent la base de la responsabilité médicale, reconnue et consacrée par la jurisprudence ; qu'il convient seulement de les appliquer avec discrétion pour ne pas gêner dans son application le libre exercice et les progrès de l'art de guérir ;

Attendu qu'en l'espèce, il ne s'agit pas, pour le Tribunal, d'entrer dans l'examen et la discussion de théories médicales pour lesquelles il est incontestablement incompétent ; qu'il y a lieu uniquement de rechercher si le médecin T... n'a pas, en sa qualité de mandataire-salarié du bureau de bienfaisance de la commune de S....-V..., manqué au devoir de sa profession vis-à-vis d'un indigent, en tardant à se rendre auprès de lui, alors qu'il était sur les lieux, en négligeant de tenir compte des souffrances qu'il accusait dans la région abdominale, et en n'apportant matériellement à l'examen de son état qu'une attention distraite et insuffisante ;

Attendu que le médecin, libre, en théorie et abstraction faite des devoirs qu'impose l'humanité, de choisir et restreindre sa clientèle, perd cette faculté vis-à vis des indigents, lorsque, par suite d'un contrat à titre onéreux intervenu entre lui et une commune, il accepte d'être le médecin des pauvres de cette commune ;

Attendu que si certains faits articulés sont reconnus et ne peuvent, en l'état de la jurisprudence, avoir aucune importance pour la solution du litige, il en est d'autres sous les numéros 3, 5, 6, 7, 8, 10 qui, si la preuve en était rapportée, tendraient à établir, à la charge du médecin T..., une négligence matérielle de nature à engager sa responsabilité ; que la preuve de ces faits n'est pas défendue par la loi ;

Par ces motifs ; — avant dire droit, admet la veuve LENGRAND à prouver dans la forme des enquêtes ordinaires et par témoins, etc. ».

Il est inutile de relever les principes affirmés par le tri-

bunal civil de Cambrai au sujet de la responsabilité médicale en général : il sont conformes à ceux que l'on peut considérer comme définitivement consacrés par la jurisprudence moderne. V. le chapitre : *Responsabilité du médecin envers la société*, dans le *Traité sur la responsabilité médicale* du docteur Brouardel, p. 20.

Mais le second point, relatif aux obligations du médecin d'un bureau de bienfaisance, mérite de retenir l'attention. Le jugement formule une thèse qui nous semble irréprochable au point de vue juridique, sans compter qu'elle est absolument conforme à l'opinion émise par les auteurs les plus compétents en la matière, notamment par le docteur Brouardel.

« Le médecin est absolument libre de se rendre ou non à l'appel d'un malade ; rien ne peut l'y obliger ; qu'il ait raison ou tort, c'est affaire de conscience, et personne n'a le droit de pénétrer dans ce domaine réservé. Mais où le médecin devient répréhensible, c'est quand il y a promesse écrite ou verbale ; quand il y a contrat, même tacite, il est tenu de se rendre auprès de son malade ». Dr Brouardel, *op. cit.*, p. 42. De même quand, après avoir commencé le traitement d'un malade, le médecin l'abandonne sans raison. « Vous n'êtes pas tenu de vous rendre auprès d'un malade quelconque, mais vous devez vous rendre à l'appel de *votre* malade ». V. aussi : Dr Brouardel. *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 169 et suiv.

Ce sont bien ces considérations qui ont conduit le tribunal de Cambrai à décider que, lié par un contrat, le médecin d'un bureau de bienfaisance est obligé, par une obligation civile, de donner ses soins aux indigents secourus par ce bureau, et de continuer ces soins dans des conditions telles qu'on ne puisse l'accuser de négligence coupable.

Ailleurs, dans la *Préface* qu'il a écrite pour le *Code pratique des honoraires médicaux* par le Dr Floquet, le Dr Brouardel est encore revenu sur le même sujet à propos des médecins des sociétés de secours mutuels. Ces groupements, qui rendent de grands services, peuvent donner lieu à des abus qu'expose le Dr Floquet, *op. cit.*, p. 162. Mais, tout en protestant contre ces abus, qui empêchent le médecin de recevoir une équitable rémunération de ses soins, M. Brouardel se fait un devoir de rappeler au médecin quel est son rôle, quelles sont ses obligations. « Les personnes qui font partie de ces groupes, dit-il, *ont droit au médecin.*

Elles ne le prient pas de venir à leur secours, elles l'appellent et il ne peut se soustraire à leur demande, alors même que leur exigence serait excessive. Elles n'ont pas à remercier le médecin du dévouement qu'il a mis à les soigner, ce dévouement était dû. Il n'y a plus dans ces conditions les rapports ordinaires entre un client isolé et son médecin, il y a un traité exécuté ; trop souvent, l'intérêt affectueux, qui double la valeur des soins donnes, disparaît dans ces relations obligatoires ». — V. docteur Brouardel : l'*Exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 178.

On voit, par le jugement du tribunal civil de Cambrai que nous venons de rapporter, qu'il peut y avoir parfois péril pour le médecin à méconnaître les obligations qu'il a assumées en contractant, soit expressément, soit tacitement, avec un bureau de bienfaisance, tout aussi bien qu'avec une société de secours mutuels. J. Jacquey.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La Commission administrative des hospices civils de Lille donne avis que le lundi 5 novembre 1900, à 8 heures du matin, il sera ouvert un **concours public pour la nomination de 5 élèves internes**, et le mardi 6 novembre, un autre **concours pour la nomination de 20 élèves externes**, appelés à faire le service de Médecine et de Chirurgie de la Faculté de l'Etat dans les Hôpitaux de Lille. Ces concours auront lieu dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité, devant des jurys médicaux présidés par un des membres de la Commission administrative des Hospices.

Conditions d'admission au concours : *Internat.*—Les candidats devront : *A* – Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine de l'Etat, cinq jours au moins avant le 5 novembre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera plus admise. *B* — Déposer, en se faisant inscrire, un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré récemment soit par le Maire de leur résidence, soit par le chef de l'école où ils auront fait leurs études.

Pourront seuls concourir pour les places d'internes : les élèves ayant rempli les fonctions d'externe au siège d'une Faculté de médecine ; les élèves en médecine étrangers à la Faculté de Lille, ayant au moins douze inscriptions ; ne seront pas admis au concours de l'internat, les élèves ayant moins de 18 ans et ayant plus de 28 ans ; le titre de docteur est incompatible avec les fonctions d'interne.

Externat. – Les candidats doivent satisfaire aux conditions *A.-B.* ci-dessus rappelées ; peuvent seuls concourir pour les places d'externes, les élèves ayant au moins quatre inscriptions ; les externes de 2me et 3me années sont tenus de concourir pour l'internat sous peine de radiation.

Matières du concours : *Internat. A* — Epreuve écrite sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie interne et externe. — 4 heures sont accordées au candidat ; *B* — Epreuve orale de 10 minutes, après 10 minutes de réflexion, sur la pathologie interne ou externe ; *C* — Epreuve dite de garde, de 5 minutes, après 5 minutes de réflexion, sur l'obstétrique, la chirurgie d'urgence, etc. *Externat : A* — Une composition écrite sur l'ostéologie, l'arthrologie et la

myologie. — 2 heures sont accordées au candidat ; *B* — Une épreuve orale de 5 minutes, après 5 minutes de réflexion, sur la pathologie interne ou externe élémentaire, et la petite chirurgie.

Dispositions générales : Les internes sont nommés pour trois ans et reçoivent chacun de l'Administration : la première année six cent cinquante francs; la seconde année sept cents et la troisième année huit cents francs. A la suite du classement des internes titulaires, le jury fera choix de six internes provisoires qui seront classés par ordre de mérite. Les externes sont nommés pour trois ans : ils profitent de l'allocation précitée lorsqu'ils remplacent des internes pendant plus de dix jours. Les internes et les externes sont nourris dans l'établissement lorsqu'ils sont de garde.

Ont été désignés pour faire partie du **Jury** du concours d'internat : comme membres titulaires : MM. les professeurs Folet, Gaulard, Lemoine, Combemale, Calmette ; comme membres suppléants : MM. les professeurs agrégés Phocas et Ausset.

Les juges du concours d'externat sont les suivants : MM. les professeurs Curtis, Charmeil, Laguesse, Carlier, Carrière, comme titulaires ; M. le professeur agrégé Deléarde, comme suppléant.

Notre « Carnet »

Le docteur Mouton, de Maroilles, nous fait part de la naissance de son fils Raymond. Nos meilleurs souhaits.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur.— M. le docteur Javal, de l'Académie de médecine, est promu officier. Sont nommés chevaliers, MM. les docteurs Violet, médecin de 2e classe de la marine, Loir, commissaire de la Tunisie à l'Exposition Universelle, Deschamps, de Paris.

Mérite agricole. M. le docteur Bardeau, de Gaurriaguet (Gironde), est promu officier.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Lelandais, de Coutances (Manche) ; Dauvergne, de Marseille (Bouches-du-Rhône), Muzillat, ancien médecin en chef de la police municipale de Paris. Huet, professeur à la Faculté des sciences de Caen.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

40me semaine, du 30 Septembre au 6 Octobre 1900.

Age des personnes décédées a Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	9
3 mois à un an	7	4
1 an à 2 ans	1	1
2 à 5 ans	1	»
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	4
20 à 40 ans	4	8
40 à 60 ans	3	5
60 à 80 ans	5	8
80 ans et au-dessus	1	2
Total	32	41

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Naissances par Quartier	7	10	23	23	6	13	7	5	9	3	6	112
Total des décès	4	10	6	15	4	9	3	4	13	1	2	72
Autres causes de décès	2	2	3	4	4	»	3	2	3	1	1	25
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Phtisie pulmonaire	1	3	»	2	1	3	3	1	3	»	»	17
Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	»	1	2	3	»	2	»	3	4	»	4	19
Maladies organiques du cœur	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Apoplexie cérébrale	2	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. —Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant. Th. Clerquin.

N° 197. Quatrième Année. N° 42 Le Numéro : **10** centimes. 19 Octobre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'Abrine dans les granulations

par le Professeur **F. de Lapersonne** et le Docteur **Painblan** (Lille)

Le jequirity, que M. DE WECKER a eu le grand mérite d'introduire dans la thérapeutique oculaire, paraît avoir été trop abandonné depuis quelques années.

Avec MM. TERSON et MASSELON (1) il nous a toujours semblé que cet abandon n'était nullement justifié.

Or, tandis que la plupart des ophtalmologistes oubliaient cet agent thérapeutique, son étude était reprise à d'autres points de vue par les bactériologistes et en particulier par les élèves de PASTEUR. Le principe actif du jequirity, l'abrine, est en effet une toxine végétale éminemment active dont l'action méritait d'être comparée à celle des toxines microbiennes et animales.

(1) TERSON. Annales d'oculistique, t. 122, p. 321.— MASSELON. Clinique ophtalmologique, 25 avril 1900.

Il nous paraît inutile de rappeler ici l'historique de la question du jequirity en thérapeutique oculaire. Qu'il nous suffise de citer les premiers résultats si remarquables présentés par M. DE WECKER en 1882, la discussion à la Société française d'ophtalmologie en 1883, les recherches de SATTLER — entreprises à une époque où la technique bactériologique était peu perfectionnée — lui faisant admettre une inflammation d'origine microbienne, enfin les discussions contradictoires qui ont suivi.

MM. BRUYLANTS et VENNEMANN (1) ont eu le mérite, dès 1884, d'établir, par leurs expériences, que l'action spécifique des graines de jequirity n'était pas due à l'intervention d'un microbe, mais à un principe chimique qu'ils appelaient la jéquiritine. Ils pensaient que c'était un ferment inorganisé, une zymase, prenant naissance pendant la germination de la plante. Pour eux la jéquiritine agissait en détruisant les leucocytes contenus dans le chorion muqueux, en désorganisant la conjonctive et en produisant des troubles inflammatoires : la fausse membrane était formée par les jeunes cellules nées de la prolifération inflammatoire et renfermées dans le réticulum fibrineux du plasma transsudé. Nous verrons que ces hypothèses ne sauraient plus avoir cours aujourd'hui.

WARDEN et WADDEL donnèrent le nom d'*abrine* au principe actif du jequirity et ils reconnurent qu'il

(1) BRUYLANTS et VENNEMANN. Le Jequirity et son principe phlogogène. *Bull. Acad. méd.* de Belgique, Janv. 1884, p. 147.

était de nature albuminoïde. A partir de ce moment l'étude de l'abrine, de son action toxique, de ses réactions leucocytaires, a été l'objet de nombreux et importants travaux de la part de KOBERT et de l'Ecole de DORPAT (1), de METCHNIKOFF et de CHATENAY (2), de CALMETTE (3), d'HENSEVAL, etc.

C'est à la lumière de ces travaux que nous avons essayé de reprendre l'étude du jequirity dans les granulations conjonctivales. Dans ce travail, nous nous proposons : 1° d'établir l'action de l'abrine *(a)* sur la conjonctive saine et *(b)* sur la conjonctive granuleuse ; 2° de rechercher les causes qui favorisent ou retardent l'inflammation, en particulier l'action du sérum antiabrinique ; 3° de chercher à expliquer les effets thérapeutiques du jequirity.

1. — Après avoir essayé l'abrine de Merck, nous avons adopté une solution (HENSEVAL) qui nous a donné des résultats plus constants. Elle se prépare de la façon suivante : un gramme de farine de jequirity est mis à macérer dans 100 grammes d'eau avec quelques gouttes de chloroforme, pendant 24 heures, à la température ambiante. La solution est ensuite filtrée et conservée dans un ballon PASTEUR avec quelques gouttes de chloroforme pour empêcher le développement des microbes.

(a) Sur deux lapins nous frottons la conjonctive d'un seul côté avec un tampon d'ouate imbibé de cette solution. Dès le lendemain il y a une réaction violente, les paupières sont fermées, une sécrétion abondante s'écoule, il y a du chemosis ; au deuxième jour la fausse membrane commence à apparaître. Les lapins ont été sacrifiés au bout de 24 et 48 heures : les pièces ont été préparées dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par le professeur CURTIS.

Sur les différentes coupes on constate une chute complète de l'épithélium conjonctival commençant à une petite distance du bord tarsal. Ce qui frappe le plus c'est un œdème considérable qui a dissocié totalement le tissu conjonctif lâche de la paupière, aussi bien en avant qu'en arrière du plan musculaire. Un mince liseré de tissu plus dense existe encore le long du bord muqueux de la conjonctive. Une foule de vaisseaux, gorgés de sang, d'autres obstrués par du liquide de l'œdème et par des leucocytes, apparaissent béants le long de ce bord. Des follicules lymphoïdes, énormément hypertrophiés, se trouvent enchassés dans cette zone. Dans toute l'étendue de la paupière, aussi bien dans la partie non infiltrée que dans la zone œdémateuse, on observe une quantité considérable de leucocytes, tantôt disséminés, tantôt agglomérés en colonnes serrées. Ces leucocytes sont en grande partie polynucléaires, quelques-uns mononucléaires volumineux. Dans les vaisseaux mêmes on constate de nombreux leucocytes polynucléaires, fixés en séries le long du bord de l'orifice vasculaire. Par places il existe de petites hémorrhagies interstitielles.

Il résulte de ce qui précède que l'abrine a pour effet très rapide, sur la conjonctive saine, de produire un appel considérable de leucocytes poly et grands mononucléaires, accompagnés d'une énorme transsudation sérofibrineuse et de la chute de l'épithélium conjonctival. On remarquera qu'après 24 heures, la fausse membrane n'est pas formée, mais que déjà à la surface de la muqueuse on constate quelques fibrilles très minces.

(b) Un fragment de conjonctive a été pris dans le cul-de-sac conjonctival supérieur d'un individu atteint de trachôme ancien, qui avait reçu deux applications d'abrine et qui était au troisième jour de l'ophtalmie jéquiritique, avec gonflement assez considérable et pseudo-membrane épaisse.

Sur les coupes, le long du bord muqueux, existe une bande qui n'est rattachée à la conjonctive que par quelques points. C'est une fausse membrane, formée de fibrilles très ténues, englobant des quantités très considérables de leucocytes, qui ont presque tous le caractère polynucléaire.

La muqueuse elle-même, dépourvue d'épithélium, présente une partie centrale composée du tissu conjonctif adulte, très dense, presque fibreux, avec vaisseaux à parois assez épaisses et fort peu d'infiltration leucocytaire. Sur le bord muqueux existe une zone presque uniquement formée de cellules et de vaisseaux contenus dans un réticulum fin se continuant avec le tissu conjonctif de la partie profonde. Ces éléments cellulaires sont disposés par groupes dont quelques-uns affectent la disposition de nodules. Ces cellules ont les unes un corps arrondi avec noyau excentrique (plasmacells de UNNA), les autres un corps irrégulier polyédrique avec gros noyau central, quelques-unes enfin ont des prolongements paraissant déjà se fixer

(1) R. KOBERT, Lehrbuch der Intoxicationen 1893.
(2) CHATENAY. Les réactions leucocytaires vis-à-vis des toxines. Thèse Paris, 1894.
(3) CALMETTE. Ann. Ins. Pasteur, 1895, 1896, 1898.

sur le réticulum intercellulaire. Tous ces éléments constituent la structure de granulations conjonctivales adultes.

Disséminés dans cette couche se trouvent de très nombreux leucocytes polynucléaires, qui sont disposés en couches assez denses, surtout près de la surface. Les vaisseaux sont gorgés de sang et par places il existe des petites hémorrhagies interstitielles. Sur la coupe des vaisseaux se voient des leucocytes polynucléaires rangés le long du bord de l'orifice. Dans quelques petits vaisseaux on constate du gonflement de l'endothélium avec saillie des noyaux.

Qu'il s'agisse donc de la conjonctive saine ou de la conjonctive granuleuse, le phénomène constant est l'appel d'une très grande quantité de leucocytes tous polynucléaires ou grand mononucléaires. Cet appel s'accompagne d'une chute de l'épithélium et d'une transsudation séreuse plus facile peut-être dans la conjonctive saine du lapin que dans la conjonctive granuleuse déjà cicatricielle. C'est secondairement que l'exsudat fibrineux, infiltré de leucocytes, se dépose à la surface de la muqueuse.

L'abrine, en contact avec la conjonctive exerce donc une attraction, une *chimiotaxie positive*, vis-à-vis des leucocytes polynucléaires et c'est le premier phénomène de l'inflammation de cette muqueuse dont l'infitration est si facile. Cet effet de l'abrine n'est, du reste, pas spéciale à la conjonctive. CALMETTE, DELÉARDE, HENSEVAL ont montré des effets analogues dans leurs expériences sur les réactions phagocytaires de l'abrine.

2. — L'inflammation abrinique étant constituée, on s'est demandé s'il n'était pas possible de régler son action, afin d'éviter les accidents graves signalés dans certains cas et qui ont jeté une certaine défaveur sur le jéquirity. Nous nous sommes adressés pour cela à l'action locale du sérum anti-abrinique. En 1896 notre excellent collègue, le professeur CALMETTE, a réussi à vacciner des lapins contre l'abrine, ce qui demande plus de six mois d'inoculations successives et une grande habileté expérimentale, en raison de l'extrême sensibilité du lapin pour cette toxine. Le sérum de ces lapins est très antitoxique et énergiquement préventif.

L'action locale de ce sérum est démontrée par les expériences suivantes, relatées dans les Annales de l'Institut Pasteur (1).

(1) CALMETTE et DELÉARDE. Sur les toxines non microbiennes et le mécanisme de l'immunité par les sérums anti-toxiques. Annales Inst. Pasteur, 1896, p. 675.

« Nous avons instillé simultanément à huit lapins, d'un seul côté, deux gouttes d'une solution d'abrine à 1 %.

Deux de ces lapins n'ont subi aucun traitement. Ils ont eu une ophtalmie purulente qui a guéri spontanément en huit jours sans lésions de la cornée.

Deux lapins ont reçu, *six heures* après, dix gouttes de sérum. Aucune inflammation.

Deux lapins ont été traités de même après *24 heures*. Ils étaient en pleine ophtalmie. Au bout de deux jours, ils étaient complètement guéris.

Enfin deux lapins ont été traités après *48 heures*, l'ophtalmie a duré chez eux trois jours de moins que chez les témoins. »

Nous avons alors répété ces expériences chez l'homme granuleux. Les résultats ont été tout à fait analogues, du moins pour les premières heures. L'instillation de quelques gouttes de sérum antiabrinique, six heures et vingt-quatre heures après avoir frotté énergiquement la conjonctive granuleuse avec un tampon imbibé d'abrine, empêche ou atténue dans de fortes proportions l'inflammation jéquiritique. Cette instillation n'a, au contraire, aucun effet après quarante-huit heures. Elle ne paraît pas atténuer l'action de l'abrine et dans un cas où l'inflammation très violente avait produit un commencement de kératite purulente, elle a eu beaucoup moins d'effet que les antiseptiques ordinaires.

Aussi, malgré l'intérêt scientifique qui s'attache à cette étude, nous avons dû reconnaître qu'elle n'avait guère d'applications en clinique. Sans compter les difficultés de préparation de ce sérum, c'est surtout après le deuxième jour que nous devrions pouvoir atténuer les effets du jéquirity.

3. — Dans le traitement des granulations nous avons successivement employé les macérations de jéquirity, la poudre fine, les solutions de MERCK. L'application de la poudre est toujours assez douloureuse, produit une réaction violente et ne donne pas de meilleurs résultats définitifs. Les solutions de MERCK sont souvent infidèles. Aussi nous donnons maintenant la préférence à la solution à 1 %, dont nous avons donné la formule plus haut et qui doit être renouvelée tous les cinq ou six jours. Après cocaïnisation nous frottons assez énergiquement la face interne de la paupière supérieure avec un tampon d'ouate imbibé de cette solution. L'application n'est pas douloureuse et les malades ne sont gênés que par le gonflement et le

sécrétion. Une seconde application est faite le lendemain et au bout de quarante-huit heures, trois jours au plus, nous obtenons une fausse membrane assez épaisse. Une réaction plus violente n'est pas à rechercher. Avec cette solution nous n'avons pas eu d'incidents, tandis qu'il y a quelques années, avec la poudre de jéquirity, nous avions eu un abcès de la cornée, que nous avions dû traiter énergiquement par l'iodoforme.

Les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus sont analogues à ceux obtenus par les premiers cliniciens. Ainsi que l'avait annoncé M. DE WECKER, dès ses premières communications, le jéquirity agit surtout sur les granulations sèches ayant déjà quelque tendance vers la cicatrisation. Sur plusieurs de nos malades, revus après cinq ou six mois, nous avons pu constater la formation de lignes blanches cicatricielles le long de la face interne du tarse. Mais ce qui est plus caractéristique c'est la rapide disparition du pannus cornéen. Comme le disait M. PANAS, en 1883, le jéquirity est le médicament par excellence de la cornée granuleuse.

Comment peut-on expliquer les effets thérapeutiques de l'abrine ? D'après ce qui précède, nous ne croyons pas qu'il soit possible d'admettre une action spécifique de la toxine végétale sur les granulations. Par la violente réaction leucocytaire qu'elle produit, par l'inflammation et l'apport de nombreux éléments cellulaires, l'abrine agit en activant la formation de tissu cellulaire qui transforme petit à petit les granulations en tissu fibreux de cicatrice.

Quant à la rapide disparition du pannus kérato-conjonctival, on peut admettre qu'elle est favorisée par de véritables thromboses leucocytaires dans les fins vaisseaux de la conjonctive et de la cornée. Nous avons vu en effet sur nos préparations que beaucoup de petits vaisseaux étaient obstrués par de nombreux leucocytes polynucléaires rangés en séries et qu'en même temps on pouvait constater en certains points un gonflement de l'endothélium vasculaire.

Subluxation des vertèbres cervicales ou contracture ?

Par M. le Professeur **H. Folet**

Vers la fin du mois d'avril dernier, j'ai observé dans mon service de Saint-Sauveur un malade adressé par mon excellent confrère le docteur A. LAMAND, d'Haspres, qui avait rédigé sur le début des accidents une note dont voici le résumé :

Le 8 mars 1900 j'ai été appelé auprès de S..., Jean-Baptiste, âgé de 30 ans, ouvrier maréchal à Noyelles-sur-Selle. Cet homme, étant assis sur le derrière d'un tombereau, était tombé sur l'occiput et depuis ce moment il lui était impossible de relever la tête qui était fléchie à tel point que le menton touchait au sternum. Ce blessé affirmait éprouver de la faiblesse et comme une sorte de parésie des membres supérieurs ; je crus d'abord à une subluxation d'une des vertèbres cervicales. Après avoir essayé quelques tractions tous les jours durant un mois, l'état restant stationnaire, je me décidai, au bout de six semaines, le 20 avril, à l'envoyer à l'hôpital Saint-Sauveur dans le service de la clinique chirurgicale de M. le Professeur FOLET.

Quand je vis le malade, la tête était et demeurait fléchie, un peu inclinée à gauche, sans pouvoir être ramenée dans la position normale. Aucune saillie le long de la colonne cervicale qui n'est pas douloureuse au palper. Pas trace de compression médullaire : le malade remue les deux bras, il se tient debout et marche.

Je priai mon collègue et ami le professeur CASTIAUX de soumettre le sujet aux rayons X. La radioscopie ne donna rien. Mais, sur une épreuve radiographique très belle, faite avec le soin et l'habileté ordinaires de M. CASTIAUX, les quatre dernières vertèbres cervicales se dessinaient nettement avec tous leurs détails. La troisième cervicale était un peu plus floue. L'axis et l'atlas étaient noyés dans le noir du creux occipital.

Somme toute, c'était la région intéressante que la radiographie nous révélait Il existe, au point de vue des mouvements de la tête et du cou, trois ordres de mouvements : Les mouvements antéro-postérieurs de la tête sur le rachis, qui se passent dans les articulations atloïdo-occipitales ; ces mouvements passifs étaient possibles, quoique pénibles, chez le malade. Donc ce n'étaient pas les articulations atloïdo-occipitales qui étaient lésées. — Les mouvements de pivotement de la tête sur le rachis immobile, qui se passent dans l'articulation atloïdo-odontoïdienne ; eux-aussi pouvaient être doucement imprimés à notre sujet. Donc l'articulation atloïdo-odontoïdienne était intacte. — Enfin les mouvements d'extension, de flexion antéro-postérieure et bilatérale du cou, qui ont lieu dans l'ensemble des articulations des corps, des lames et des apophyses articulaires vertébrales ; ceux-là étaient absolument abolis aussi bien activement que passivement. La colonne cervicale restait fixe, fléchie

en avant et un peu de côté ; ni la volonté du patient ni les mouvements qu'on cherchait à lui imprimer ne modifiaient cette rigidité rachidienne C'était donc dans les quatre ou cinq dernières cervicales qu'il fallait chercher la lésion, si lésion il y avait.

Or la très belle radiographie montrait ces vertèbres absolument intactes et en position normale. Aucun déplacement, si minime fût il, n'apparaissait sur l'épreuve.

Dans ces conditions, songeant à la possibilité d'une simple contracture, je résolus d'examiner le malade sous le chloroforme et cette exploration fut fixée au lendemain.

Le lendemain matin, à la visite, je trouvai le lit vacant. Le malade avait déclaré tout-à-coup qu'il se sentait guéri et qu'il voulait absolument sortir de l'hôpital à l'instant même ; ce qu'il fit, malgré les instances de la religieuse pour le faire attendre jusqu'à la matinée suivante.

Le 28 avril, en effet, m'écrivait quelque temps après le docteur LAMAND, S. . revenait chez lui et me racontait qu'à la suite de manœuvres et d'examens pratiqués sur la région malade, il avait « senti brusquement comme un coup sec et que quelque chose » se remettait en place dans son cou. Aussitôt après il » avait su relever et tourner facilement la tête. » Depuis ce jour cet homme travaille, marchè, remue le cou et la tête facilement et sans douleur, comme s'il n'avait jamais eu d'accident.

Faut-il absolument adopter l'hypothèse de la réduction brusque et spontanée d'une sub-luxation d'une des arthrodies, gauche ou droite, des apophyses articulaires d'une vertèbre cervicale ? Cela malgré l'absence de tout déplacement appréciable sur une radiographie très nette et très belle ; *cinquante jours après le traumatisme*, époque à laquelle les luxations irréduites n'ont pas coutume de se replacer toutes seules et tout d'un coup avec claquement, deux heures après des manœuvres de réduction, mais sont devenues bel et bien irréductibles.

Vaut-il mieux croire à une contracture musculaire unilatérale, symptôme réflexe lié aux phénomènes douloureux d'une entorse des articulations vertébrales, et intensifié par le nervosisme du sujet ? Le malade immobilise sa colonne cervicale entorsée dont les moindres mouvements lui sont horriblement pénibles ; puis la contracture permanente s'établit. Au bout d'un mois et demi, l'entorse vertébrale étant guérie, une émotion psychique intense, la perspective (et sans doute la terreur) d'une exploration sous le chloroforme, fait cesser brusquement ce symptôme d'hystéro-traumatisme, ce réflexe qui a survécu à sa cause initiale. Alors, les fonctions des muscles et le jeu des articulations se rétablissant soudain, le malade, — un peu d'imagination aidant et sans la moindre intention de simulation ou de mensonge, — éprouve une sensation brusque et instantanée qu'il attribue à un replacement d'organes.

Cette explication des faits me paraît la plus vraisemblable.

Est-ce que dans certains milieux religieux où règnent un psychisme aigu et une suggestion intense, les cessations instantanées de contractures musculaires ne sont pas monnaie courante ?

Une observation curieuse d'Appendicite :

Appendicite à gauche. — Section spontanée de l'appendice et de son méso — Retour du cœcum dans la fosse iliaque droite,

Par le Dr POTEL, chef de clinique chirurgicale.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas bien intéressant d'appendicite, intéressant non seulement par les phénomènes cliniques présentés, mais surtout par une histoire pathogénique telle, que nous n'en avons point trouvé de comparable, parmi le copieux amas d'observations publiées jusqu'ici.

Voyons d'abord les faits :

Au mois d'août dernier j'étais, en l'absence du Dr LOOTEN, appelé par le Dr FOUCAUT en consultation auprès d'un de ses petits malades qui présentait, du côté de l abdomen, des troubles sérieux.

Il s'agissait d'un enfant de onze ans, d'une bonne constitution d'ailleurs. Dans les antécédents personnels, un point était à noter : depuis plusieurs années, l'enfant avait éprouvé, à différentes reprises, des coliques brusques, violentes, accompagnées de ténesme rectal. Il y a un an ces « coliques » durèrent plusieurs jours et nécessitèrent le repos au lit. L'enfant a d'ailleurs l'estomac un peu délicat et ne le ménage guère, prenant souvent une quantité de fruits plus ou moins mûrs. Cinq jours auparavant, le soir, en se couchant, l'enfant avait été pris brusquement de vomissements alimentaires. Ces vomissements se calmèrent rapidement. La langue était sale, le pouls un peu fréquent... tous les signes d'un vulgaire embarras gastrique, on donne un purgatif, mais contrairement à l'attente l'amélioration ne se produit pas, la langue reste sale, l'enfant est un peu chagrin, mais ne souffre point d'un endroit déterminé.

Le mardi, c'est-à-dire cinq jours après le début des accidents, quelques phénomènes alarmants vinrent s'ajouter à ce complexus symptomatique. C'est alors que je fus appelé à voir le malade.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord* (Séance du 12 octobre 1900).

Je trouvai un enfant un peu maigre, couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin. La face a une teinte ictérique marquée. La langue, rouge sur les bords est couverte au centre d'un enduit saburral. Pouls à 120, régulier. La température, prise matin et soir, oscille entre 37°2 et 37°9. La respiration est extrêmement fréquente (40 inspirations par minute). L'oppression paraît considérable. Cependant l'auscultation ne décèle rien d'anormal.

L'abdomen est complètement distendu, ballonné. La percussion donne partout une sonorité tympanique. Il y a de la défense musculaire, mais le malade ne manifeste de douleur en aucun point. La pression au niveau du point de Mac Burney est indolore. La fosse iliaque droite non seulement ne paraît pas empâtée, mais elle semble vide. L'enfant ne se plaint que d'un peu de sensibilité au niveau des plis inguino-cruraux de chaque côté. Pas de vomissements, pas de nausées.

En somme, deux faits paraissaient surtout inquiétants : la discordance du pouls et de la température et le ballonnement exagéré du ventre. Cependant il n'existait pas de douleur ni spontanée ni provoquée ; la fosse iliaque droite paraissait vide. Enfin l'enfant n'avait point de nausées.

Nous prescrivons un traitement médical d'attente. Immobilisation au lit. Eau de Vals et lait à l'intérieur. Glace.

L'état reste stationnaire pendant trois jours. Le ballonnement diminue. Mais l'enfant commence à manifester un peu de douleur à la pression sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus de la symphise pubienne.

Puis apparaissent du ténesme rectal, des épreintes. L'enfant réclame le vase à tout instant et ses efforts n'aboutissent qu'à l'expulsion de quelques glaires. Le toucher rectal montre qu'il existe une tumeur inflammatoire, très douloureuse, du volume d'une mandarine, située entre la vessie et le rectum, à peu près sur la ligne médiane, mais paraissant s'étendre un peu plus vers la gauche.

Le dimanche, c'est-à-dire neuf jours après le début des accidents, le Dr Foucaut et moi, nous revoyons l'enfant.

Il existe une douleur très nette, au niveau de la fosse iliaque gauche. La palpation et même la percussion sont impossibles, tant est forte la douleur qu'elles provoquent. Les phénomènes généraux ont peu changé. Le pouls, régulier, reste à 120. La température atteint son maximum de 38°5.

Nous portons le diagnostic d'appendicite avec abcès iliaque gauche probable, et nous prévenons la famille qu'une intervention s'imposera à bref délai

Dans la nuit du lundi à mardi, nous sommes appelés de nouveau. L'enfant a une crise de douleurs extrêmement vives. Pouls à 140. L'état général est mauvais ; le faciès se tire. Le flanc gauche est extraordinairement douloureux. Le moindre frôlement arrache des cris au petit malade.

Il nous paraît vraisemblable qu'il s'est produit une perforation de l'appendice, et nous croyons devoir opérer d'urgence.

L'opération eut lieu le mardi matin, en présence des docteurs Foucaut, Lambin et Dubois.

L'enfant est anesthésié au chloroforme. On profite de l'anesthésie pour faire un examen plus complet.

La fosse iliaque droite est absolument vide ; du côté gauche, il existe un léger relief sur la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque gauche. La percussion ne révèle ni matité, ni submatité en aucun point. Par le toucher rectal, on sent à environ huit centimètres de l'anus, une tumeur grosse comme une orange, placée entre la vessie et le rectum et se continuant dans la fosse iliaque gauche. Par la palpation bimanuelle, en déprimant la paroi, on perçoit une fluctuation profonde. Il existait donc là une poche purulente.

Ceci étant posé, quel devait être le mode opératoire? nous ne parlons pas de l'incision classique à droite puisque la fosse iliaque droite était complètement vide. L'incision médiane devait également être abandonnée. En effet la percussion, même légère, donnait de la sonorité presque tympanique. C'est donc qu'il existait entre la paroi abdominale et la poche purulente des anses intestinales qui très probablement faisaient partie de la paroi de l'abcès. Les écarter et rompre les adhérences qui les unissaient, c'était à peu près infailliblement faire sourdre du pus dans la cavité péritonéale, et produire une péritonite généralisée.

Une seule voie restait donc : l'incision iliaque gauche, voie pleine d'imprévu, puisqu'on n'avait pour se guider aucun rapport anatomique, mais c'était la seule voie qui permît d'espérer ouvrir la poche sans tomber dans la grande cavité péritonéale.

Je pratiquai une incision de dix centimètres, parallèle à l'arcade crurale gauche, à un travers de doigt de l'arcade. Après avoir incisé la paroi, j'arrivai sur le péritoine pariétal, que je décollai profondément sans l'ouvrir. Je sentis bientôt une portion un peu fluctuante ; une légère brèche pratiquée au péritoine donna issue à environ 200 grammes de pus fétide. J'ouvris plus largement la poche. La paroi était nettement formée par des anses intestinales accolées en canon de fusil et agglutinées par des fausses membranes. Je plaçai un gros drain dans le fond de la poche ; deux points de suture sur l'aponévrose du grand oblique ; pansement à plat (iodoforme).

L'enfant a très bien supporté l'opération, qui, d'ailleurs, n'a duré qu'une vingtaine de minutes.

Les 24 premières heures se passent très bien. Pas de vomissements. La température retombe au voisinage de 37°. Le pouls a 110. La douleur a complètement disparu, ainsi que le ténesme rectal. Le pansement très souillé contient une quantité de pus qu'on peut évaluer à 300 grammes.

Le second jour, la quantité de liquide qui sort de la plaie augmente encore, le pansement est traversé, les draps et le matelas sont souillés. On enlève le pansement qui contient des matières fécales (sable stercoral). L'état général est bon, l'enfant ne souffre pas. Cependant le pouls est remonté à 120.

Le troisième jour, le pouls devient plus fréquent et atteint 140, sans que la température augmente parallèlement. Dans la nuit, le petit malade demande le vase et, au grand effroi de l'entourage, rend par l'anus, en plusieurs reprises, environ 300 grammes de sang, caillots, sang et matières fécales mélangés.

Le Dr FOUCAUT et moi, prescrivons le repos absolu, glace intus et extra. Ce qui nous rassure dans cette nouvelle complication, c'est que l'état général reste bon et le pouls bien marqué.

Pendant trois jours, l'enfant est laissé immobile ; on se contente de lui enlever son pansement à plat matin et soir. L'enfant rend encore quelques selles noires, contenant des caillots putréfiés.

D'ailleurs les phénomènes s'amendent rapidement, l'état général s'améliore, le teint redevient normal, l'ictère disparaît. Le pouls baisse progressivement de 110 à 100, 95, 88. La température ne remonte plus au delà de 37,5. Les sécrétions de la plaie diminuent rapidement. Vers le sixième jour après l'intervention, le pansement ne contient plus de matières fécales, le drain est repoussé hors de la plaie.

Par le toucher rectal, cependant, on sent encore une portion un peu dure, mais à peine sensible, entre la vessie et le rectum, mais débordant un peu vers la droite.

Les deux jours suivants, la tumeur inflammatoire progresse vers la droite.

Vers le dixième jour, nous constatons un fait curieux : la fosse iliaque droite, jusque là complètement vide, se trouve être occupée par une tumeur en boudin, assez résistante, mais peu douloureuse.

Par contre, au niveau de la symphyse, sur la ligne médiane, la pression n'est plus douloureuse. Par le toucher rectal on ne sent plus la masse arrondie qui existait auparavant. Il paraît évident que le cœcum est revenu à sa place normale, et avec lui le magma inflammatoire qui l'entoure. Quelques applications d'onguent mercuriel belladoné amènent une rapide diminution de la portion indurée.

D'ailleurs la guérison s'achève rapidement. L'enfant s'alimente très bien. La plaie ne donne qu'une sécrétion insignifiante et se cicatrise. L'abdomen n'est plus sensible en aucun point.

Dans les premiers jours d'octobre, c'est-à-dire six semaines après le début de l'affection, l'enfant, muni d'une ceinture abdominale, commence à marcher. La guérison est complète.

Si maintenant, au travers de ce complexus symptomatique, nous essayons de comprendre la pathogénie des faits que nous avons observés, nous croyons que l'on doit interpréter cette observation de la façon suivante ;

Un enfant a depuis plusieurs années des attaques légères d'appendicite, coliques appendiculaires si l'on veut. L'une de ces crises, et probablement celle qui a eu lieu un an auparavant, amène une adhérence de l'appendice avec une anse d'intestin grêle. Cette anse entraîne peu à peu l'appendice dans le flanc gauche, et le cœcum, tiraillé, finit par venir se placer entre la vessie et le rectum.

Les choses étant dans cette situation, il se produit une attaque d'appendicite beaucoup plus grave. Réaction péritonéale généralisée, puis localisation de l'inflammation par adhérences des anses de l'intestin grêle, production d'un abcès dans la fosse iliaque gauche. L'appendice se perfore et se déchire (apparition des matières fécales dans le pansement). La déchirure continue et intéresse le méso appendiculaire (Hémorragie dans le cœcum, expulsion du sang et des caillots par l'anus) (1).

Enfin, l'inflammation régresse, et le cœcum, ayant perdu ses amarres, retourne à sa place normale dans le flanc droit, et là, achève de résorber les magmas inflammatoires qui l'entourent.

Quelques points de cette curieuse histoire méritent commentaire.

D'abord, la prédominance des symptômes à gauche dans certains cas d'appendicite est rare et de notion récente. — Les premiers travaux qui aient signalé ces faits, ceux de FRENKEL (2), RYERSON-FOWLER (3), et OBRATZOFF (4), ne datent que de quelques années. En France, TALAMON (5), COURTOIS-SUFFIT (6), RICARD (7) en ont signalé quelques observations. Mais TERMET et VANVERTS (8) sont les premiers qui aient esquissé une étude d'ensemble assez complète.

Depuis, BARBET (9) a publié une thèse « *Sur quelques formes anormales d'appendicite avec abcès iliaque gauche,* » dans laquelle il a rassemblé vingt-quatre observations.

(1) Cette explication a été controversée à la Société de Médecine du Nord. On nous a dit d'abord que notre supposition était toute gratuite. Cela est évident, et notre hypothèse a cela de commun avec toutes celles que l'on pourrait fournir, qu'elle est impossible à vérifier puisque heureusement, l'enfant a guéri.

On nous a objecté qu'une ulcération rectale pouvait donner aussi une hémorragie. Toutes les suppositions sont permises à condition d'être en conformité avec les faits cliniques qui eux, restent au-dessous de toute discussion.

Or, l'enfant a rendu d'abord 200 à 300 grammes de sang mêlé à des caillots et des matières fécales ; puis les jours suivants des caillots noirs, absolument putréfiés, ce qui n'est point le caractère de caillots qui n'ont fait que séjourner quelques heures dans l'ampoule rectale. D'ailleurs, l'enfant a encore rendu des caillots trois jours après la première hémorragie après que des lavements étaient revenus intacts. C'est donc que le sang venait de plus haut que l'ampoule rectale.

D'ailleurs les épreintes rectales avaient disparu aussitôt après l'évacuation de la poche, et le toucher pratiqué à plusieurs reprises n'a jamais permis de constater rien d'anormal du côté de la muqueuse rectale. Il nous paraît donc très rationnel d'admettre que la déchirure de l'appendice continuant, a intéressé le meso, la tranche du côté cœcal a pu saigner et déverser le sang dans le côlon.

A propos de l'objection qu'on nous a faite, concernant une prétendue impossibilité pour le cœcum entouré d'adhérences de retourner dans le flanc droit, nous ne dirons qu'un mot. Nous ignorons s'il existe une théorie capable d'empêcher la migration du cœcum dans la cavité abdominale. Nous avons nettement constaté le fait. Cela nous suffit.

(2) Frenkel. — Soc. de Méd. interne de Berlin, 5 janvier 1891.

(3) Ryerson-Fowler. Med. News, 25 novembre 1893.

(4) Obratzoff. — Wratch, 1895.

(5) Talamon. — Médecine moderne, 1894.

(6) Courtois-Suffit. — Dr Charcot-Bouchard.

(7) Ricard. — Gazette des Hôpitaux, 1891.

(8) Termet et Vanverts. — Gazette des Hôpitaux, 1897.

(9) Barbet. — Thèse, Paris, 1898. N° 289.

Mais ces observations sont loin d'être toutes comparables. Dans le plus grand nombre il s'agit d'appendicites qui, débutant à droite, forment au cours de leur évolution des abcès dans la fosse iliaque gauche, soit par propagation directe, soit par migration lymphatique.

Obratzoff a bien décrit cette propagation de l'inflammation qui, partie de l'appendice normalement situé, se dirige, dans le petit bassin, vers l'angle sigmoïde du côlon et de là sur l'S iliaque jusque dans la fosse iliaque gauche, en produisant des périsigmoïdites analogues aux pérityphlites. Mais les cas où, comme dans notre observation, il y a véritablement appendicite à gauche, sont beaucoup plus rares. Brunet, sur vingt-quatre observations, n'en relate que cinq qui aient revêtu cette forme.

Sur ces cinq cas, quatre furent mortels. La gravité extrême de ces appendicites n'a rien de surprenant, la position du cœcum et de l'appendice au milieu des anses de l'intestin grêle favorisant davantage la généralisation de la péritonite.

Les autopsies de ces malades ont pu être pratiquées, et ont permis d'établir les rapports anatomiques du cœcum et de l'appendice dans ces formes anormales.

Dans un cas (Vouzelle), qui paraît se rapprocher beaucoup du nôtre, le cœcum situé à gauche de la ligne médiane se dirigeait obliquement vers l'hypochondre droit où il se continuait avec le côlon transverse qui était normalement dirigé de droite à gauche. Le côlon descendant et l'S iliaque étaient à leur place normale. Le méso-côlon ascendant présentait une largeur considérable, surtout à la partie inférieure, puisque sa ligne d'attache fixe, à la paroi abdominale postérieure occupait sa situation habituelle.

Dans un autre cas (Ryerson-Fowler) les dispositions étaient différentes. Le cœcum était maintenu par un court méso-côlon, presque directement au-dessus du promontoire sacré; l'appendice était recourbé en haut et en dehors du grand droit gauche.

Les différences anatomiques qui constituent ces deux variétés s'expliquent par la différence des mécanismes qui ont amené l'ectopie cœcale.

Dans le premier cas, le cœcum et l'appendice ont été primitivement à leur place normale. Un jour, une adhérence s'est produite entre l'appendice et une anse d'intestin grêle. Celle-ci a tiraillé sur l'appendice et l'a entraîné peu à peu vers la gauche, entraînant en même temps le cœcum. Le méso-cœcal, sollicité, s'est allongé considérablement.

Dans la seconde variété le mécanisme est absolument différent. Il est très probable qu'il s'agit là d'un arrêt dans la migration du cœcum au cours de la vie fœtale.

Quant à la véritable inversion des viscères qui a été théoriquement invoquée comme pouvant amener une appendicite à gauche, nous n'en dirons rien, car jusqu'ici on n'en a publié aucune observation.

Voici donc un premier point élucidé dans notre observation : le mécanisme de la formation de l'appendicite dans le flanc gauche.

Reste un second point qui constitue une particularité que nous n'avons retrouvée nulle part ailleurs, c'est-à-dire la section spontanée de l'appendice et de son méso, et le retour du cœcum libéré à sa place normale dans le flanc droit. Nous avons suivi nettement cette évolution au point de vue clinique, on se le rappelle : apparition de matières fécales dans le pansement, puis hémorragie par le rectum, qui selon nous s'explique par la section de l'artère appendiculaire. Enfin, migration de la tumeur inflammatoire qui, de la ligne médiane, gagne peu à peu la fosse iliaque droite, s'y fixe et se résorbe peu à peu.

Dans aucun auteur nous n'avons rien trouvé de pareil. Dans les observations connues jusqu'ici on n'a pu suivre les malades pour cette raison que, sur les cinq malades dont nous parlions plus haut, quatre sont morts de péritonite généralisée. Quant au cinquième (Frenkel), l'observation est si peu explicite qu'il est difficile d'affirmer s'il s'agit véritablement d'une appendicite gauche ou d'un abcès migrateur, d'une de ces périsigmoïdites décrites par Obratzoff.

Notre observation paraît donc être un des très rares cas d'appendicite gauche terminée par la guérison en même temps qu'un exemple curieux des formes que peut revêtir cette maladie « ondoyante et diverse » qu'est l'Appendicite.

Sur un cas de tuberculose verruqueuse (1)

par le Dr E. Ausset, professeur agrégé,
chargé de la clinique infantile à l'Université de Lille.

Le jeune D.., Henri, âgé de quatre ans, est entré dans mon service le 28 juin 1900.

Il y a quelque temps, sans que l'état général parût en

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord* (Séance du 20 juillet 1900).

souffrir, les parents s'aperçurent que l'enfant se servait moins bien de son bras droit ; le coude se tuméfiait et peu à peu les mouvements de cette articulation devinrent à peu près impossibles. Sur ces entrefaites survint une rougeole qui évolua d'une façon normale et sans aucune complication. Mais bientôt les parents remarquèrent que des plaques végétantes et papillomateuses avaient envahi la face antérieure du poignet droit. Puis ce fut le tour de la main gauche, au niveau de la face dorsale du premier métacarpien. Enfin apparut aussi une lésion analogue sur la face interne de la cuisse droite.

Comme on le voit, l'état général de cet enfant est des plus satisfaisants. Il mange avec beaucoup d'appétit ; sa santé ne semble pas altérée par sa lésion du coude, tumeur blanche sur laquelle je n'insiste pas ici et sur la tuberculose cutanée pour laquelle je le présente à la Société.

Soit qu'on les considère au poignet, à la main ou à la cuisse, les lésions sont constituées par des placards à contours assez irréguliers, à tendances arrondies, de grandes dimensions, très-nettement saillants et très-nettement infiltrés. Toutefois il semble bien au palper que cette infiltration ne dépasse pas l'hypoderme. Les bords en sont très saillants, formant une sorte de bourrelet. La teinte de ces placards est rouge assez intense, un peu violacé par places ; la surface en est inégale et très rugueuse.

Quand cet enfant est entré à l'hôpital il y avait au niveau des placards du poignet droit et de la main gauche de grosses saillies verruqueuses, très dures, cornées, de couleur noirâtre, donnant tout à fait l'aspect des verrues banales. Aujourd'hui ces verrues sont tombées, mais on sent très bien qu'elles sont en train de se reproduire. La lésion est sèche en la plupart de son étendue ; toutefois sur un point des placards de la main gauche il existe de la fluctuation.

Je crois qu'on ne peut porter ici un autre diagnostic que celui de tuberculose verruqueuse. J'ai tenu à présenter ce malade, car son affection est très rare dans l'enfance, c'est le second cas seulement qu'il m'est donné d'observer. La première fois il s'agissait d'un enfant de trois ans portant une tuberculose verruqueuse au niveau de l'index droit. Je n'ai pu le suivre, il n'était venu qu'en passant à une consultation gratuite.

Cette affection est rare chez les enfants parce qu'habituellement, dit-on, elle provient d'une inoculation exogène des produits tuberbuleux, et qu'à cet âge ce genre d'inoculation est rare.

Comme il arrive que ces placards tuberculeux donnent naissance à des lymphangites de même nature et à de la dissémination des bacilles dans les viscères ou sur d'autres points du corps, comme les articulations, on pourrait croire que l'arthrite de notre malade a été causée par sa tuberculose cutanée, je ne le crois pas, les parents sont très catégoriques ; le gonflement articulaire, m'ont-ils dit, existait bien avant l'apparition de toute lésion cutanée.

Le traitement consistera en un râclage énergique des lésions.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Société de Chirurgie. — M. Ricard recommande le procédé du dédoublement dans les fistules vésico-vaginales. Dans les cas difficiles il décolle la face antérieure de l'utérus pour constituer un large lambeau.

Société médicale des Hôpitaux. — M. Merklen a observé une épidémie de varicelle. L'affection débute toujours par le tronc, à l'inverse de la varioloïde. Il a observé deux formes : l'une avec vésicules citrines, non fébrile, l'autre avec pustules et fébrile.

Société de Biologie. — M. Widal a essayé le cyto-diagnostic de la méningite tuberculeuse. Le liquide céphalo-rachidien contient une grande quantité de lymphocytes, tandis que dans la méningite cérébro-spinale on trouve presque exclusivement des polynucléaires.

Variétés & Anecdotes

Rivalité

Un match bien original eut lieu, cette année-là, entre les numéros 22 et 24, deux « lits » mitoyens à l'hôpital municipal de Tibourg-sur-Brife, près Saint-Amand-sous-Furoncle (Loire-et-Moselle).

Tel n'eût pas possédé vraiment pour deux sous d'humanité qui ne se fût pas attendri sur le cas du 22, pauvre type blême, malade de partout, aux jours certainement comptés.

Et le cœur d'un tigre aurait vraisemblablement habité la poitrine d'un qui fût demeuré impassible devant l'aspect misérable du 24, tant déprimé, si minable, dont l'existence, semblait-il, ne tenait plus qu'à un fil, un léger fil à peine visible.

Bien qu'usés, avachis au-delà de toute expression, ces deux épaves retrouvaient une lueur d'énergie pour « s'épater » l'un l'autre par le hideux étalage de leurs mutuelles infirmités.

— Moi, déclarait le 24 avec emphase, j'ai une affection cardiaque étonnante !

— Oh !... étonnante ? ricanait le 22...

— Bien sûr, étonnante. Tu n'as pas la prétention d'être mieux informé à cet égard que le médecin qui m'a ausculté hier, j'imagine ?

— Bon, bon. Cardiaque ou pas, ce n'est pas encore ta petite machine de rien du tout qui dégotera ma phlébite.

— Sa phlébite ! Non, c'est à se tordre ! Si tu crois m'en imposer avec tes grands mots !...

— Aux grands mots les grands remèdes. N'empêche qu'on en claque, de cette histoire-là.

— On claque de tout. Seulement, Monsieur rougirait de mourir d'une indigestion ; Monsieur a la folie des grandeurs...

— Tu te montes bien le bourrichon sur tes migraines !

— Répète un peu !... Mes migraines !...

Malgré ces discussions le 22 et le 24 entretenaient, par la force des choses, des relations de bon voisinage. Si leurs familles ne se voyaient pas, c'est que l'une d'elles — celle du 24 — habitait un bourg perdu des Vosges, tandis que le 22, lui, était orphelin de naissance.

Un froid sérieux survint pourtant, qui dura plusieurs jours, quand le 24 énonça négligemment qu'il croyait détenir décidément une incurable hypertrophie, ce que l'autre qualifia immédiatement d'éhontée vantardise.

Peu après, le 22 prit une éclatante revanche.

Un matin, des infirmiers vinrent le chercher et l'emportèrent sur un brancard.

— Où vas-tu ? interrogea le 24, un peu inquiet.

— Il m'en arrive une bonne, figure-toi. La gangrène s'est fichue dans ma jambe, rapport à la chaleur. Alors le chirurgien va me la couper. Qu'est-ce que tu en dis ? Ce n'est pas de la petite bière, hein ? . . .

Il est une providence, et je prie ceux de mes lecteurs qui ne croiraient pas en Dieu de bien vouloir passer dans la pièce à côté, durant la seconde partie de cette émouvante anecdote.

Il est une Providence, disais-je. Par un beau soir d'automne, le 22 et le 24, miraculeusement échappés aux embûches de la Faculté, sortirent de l'hôpital, pas très fringants encore, mais ravis tout de même d'en être quittes à si bon compte.

Avant de se séparer, une dernière allusion à leurs anciennes querelles :

— Ils me lâchent trop tôt, récrimina le 24 — trop tôt, à cause de mon foie qui n'est pas guéri.

Ton foie ? Vétille !... Mais ce sont mes sacrées douleurs intercostales... Enfin !...

Le hasard mit nez à nez, quelques mois après, les deux antagonistes.

L'ex-24 avait toujours sa figure de papier mâché et la poitrine creuse comme une assiette à soupe.

Mais l'ex 22, plus solide qu'un roc, arborait un visage vermeil et toutes les apparences d'une santé redevenue florissante.

La conversation s'engagea, cordiale.

— Eh ben, vieux ? interrogea l'ex-22. Et cette santé ?

— Mauvaise triompha l'autre. Les reins, le foie, la tête, tout est pris. Je n'en ai pas pour six mois dans la peau... Et toi ?

— Moi, fut obligé d'avouer l'ex-22, ça ne va pas trop mal. Bien entendu, ma jambe n'a pas repoussé, comme de juste, mais... ça ne va pas trop mal.

Il y eut un court silence, pendant lequel l'ex-22 étreignit, embrassa avec effusion son camarade inespérément retrouvé, puis :

— Heureusement, vois-tu, vieux, ajouta-t-il, reprenant sa supériorité, heureusement que j'ai attrapé la gale !

(*Le Scalpel*). NARCISSE LEBEAU.

La canne de M. le Dr Kums.

Il ne s'agit pas du jonc de promenade, que certains petits jeunes gens, « modistes », croient chic de porter le pommeau en bas — ni du gourdin, qui sert à l'attaque ou à la défense — mais de l'honnête bâton soutien ou du béquillard des vieillards, des infirmes et des éclopés.

La canne à crossette est pour ainsi dire une jambe de renfort ; elle donne de l'assurance aux hésitants ou, supportant une partie du poids du tronc, elle soulage d'autant le membre souffrant Dans un appartement elle a l'inconvénient d'être presque toujours par terre et, pour qui en a besoin, c'est tout une affaire de la ramasser. Si elle est à bout arrondi elle glisse facilement sur le plancher — et celui qui s'appuie dessus risque de s'étaler de tout son long à côté d'elle ; si elle est à bout pointu, elle abîme les parquets.

Frappé des inconvénients de ce meuble, cependant si utile, notre excellent confrère M. le Dr KUMS s'est ingénié à les lui ôter. Il a commencé par l'allonger beaucoup, de manière à ce que, au lieu d'appuyer dessus, le malade pût s'y suspendre. Mais la canne devenue perche n'a pas plu : les longs bâtons d'ailleurs glissent et tombent comme les courts et risquent plus dans leurs chutes de rencontrer une glace ou une porcelaine de prix ; et puis la plupart des malades n'aiment pas de se promener comme un évêque, avec sa crosse, ou un touriste, avec son alpenstock. Il fallait trouver mieux : une canne avec laquelle les échappées ne soient plus à craindre et qui se tienne debout toute seule, à côté du fauteuil, toujours à portée de la main qui la cherche. M. KUMS a trouvé le moyen de la faire tenir, comme autrefois Colomb, son œuf.

Sa canne est un trépied : les trois pieds se réunissent en haut pour soutenir la poignée ; en bas ils sont fixés par des traverses. Il n'y a que deux traverses au lieu de trois, l'une entre les deux pieds symétriques, l'autre fixant le troisième pied au milieu de la première. On évite ainsi de faire deux entailles à chaque pied et de diminuer la solidité de la machine à sa base, ce qui est très important.» Faite en bois léger et résistant elle ne pèse pas plus que certaines cannes de luxe.

Tous ceux qui ont besoin d'un appui pour faire quelques pas dans leur chambre, sauront sans doute gré à notre ingénieux confrère de sa bonne trouvaille.

(*Revue médicale*). E. H.

Une farce d'Internes des Hôpitaux : Un nouvel emploi du nitrate d'argent.

Les internes des hôpitaux sont dans la joie. Un fonctionnaire, connu parmi les fonctionnaires rébarbatifs, comme le moins abordable des hommes, vient d'être victime, de la part de nos facétieux anciens collègues, d'une farce qui vaut la peine d'être contée, d'après la *France*.

M. X... avait, toute une semaine durant, cherché la « petite bête » à MM. les internes placés sous sa coupe. MM. les inter-

nes recevaient des *visites non autorisées*, etc... Toujours, au détour du chemin, ils rencontraient le fonctionnaire en question, qui, la loi en main, leur appliquait les articles sévères d'un règlement trop draconien.

Dans la salle de garde, un complot se trama. M. X... avait un cheval blanc. C'est sur lui que les étudiants portèrent leurs regards, pour assouvir leur vengeance. On savait que M. X..., tous les jours, à quatre heures, sortait en voiture. Vers une heure de l'après-midi, deux ou trois internes pénétrèrent dans l'écurie où le cheval blanc était attaché. Au moyen de brosses trempées dans une solution au nitrate d'argent, ils appliquèrent, dit-on, sur la moitié du corps de la bête, une solide teinture. On connaît la propriété du nitrate d'argent : il noircit à la lumière. Au bout d'une heure, le cheval, des naseaux à la queue transversalement, présentait le bariolage le plus imprévu. Quand le cocher de M. X... entra dans l'écurie, il recula.... épouvanté. On lui avait changé sa bête ! Il alla prévenir son patron, qui entra dans une violente fureur.

Une enquête est ouverte et les coupables sont recherchés.— On ne les trouvera pas. (*Gazette médicale de Paris*).

L'Ophtalmologie arabe au temps des croisades.

« Lorsque le grand patriarche des chrétiens de Constantinia faisait ses fèces, les prêtres les recueillaient soigneusement dans des étoffes de soie et les séchaient au soleil ; puis ils en faisaient une pâte qu'ils mêlaient de musc, d'ambre et de benjoin; et ils pulvérisaient cette pâte, une fois tout à fait sèche, et la mettaient dans de petites boîtes d'or et l'envoyaient à tous les rois chrétiens et à toutes les églises chrétiennes. Et cette poudre des fèces patriarcales servait d'encens suprême pour sanctifier les chrétiens dans toutes les occasions solennelles, et notamment pour bénir les nouveaux mariés et fumiguer les nouveau-nés et bénir les prêtres nouveaux. Mais comme les seules fèces du grand patriarche pouvaient à peine suffire à dix provinces, et ne pouvaient servir à tant d'usages pour tous les pays chrétiens, les prêtres falsifiaient cette poudre en y mélangeant d'autres fèces moins saines, par exemple les fèces des autres patriarches moindres et des vicaires. Et il était fort difficile de les différencier d'ailleurs. Aussi cette poudre, à cause de ses vertus, était très estimée de ces porcs de Grecs qui, outre les fumigations, l'employaient également en collyres secs pour les maladies des yeux et en stomachiques pour les maladies de l'estomac et des intestins. Mais c'était là le traitement employé surtout chez les plus grands d'entre les rois et les reines ; et c'est ce qui faisait que le prix en était très élevé et que le poids d'un drachme en était vendu mille dinars d'or. »

(*Les Mille et une nuits*, traduction du Dr J. C. MARDRUS, t. III)

(*Journal d'accouchements.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

Notre « Carnet »

Notre excellent confrère, le docteur DELMOTTE, de Lille, vient d'avoir la douleur de perdre son fils, étudiant en droit à Grenoble.

— Le lundi 22 octobre sera célébré, à Chatellerault, le mariage de M. C. GUÉRIN, le sympathique et distingué chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille, avec Mlle Marie LAVERGNE. Nous adressons nos meilleures souhaits de bonheur aux jeunes mariés.

— Le 8 octobre a été célébré, à Asnières, le mariage de M. le docteur G. BRONGNIART, ancien élève de notre faculté de Lille, avec Mlle Lucie LÉTÉVÉ. A ce jeune couple nos plus sympathiques vœux.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Concours de l'internat et de l'externat. — Les jurys étaient ainsi composés : pour l'internat, MM. les docteurs BAUDRON, DELBET, DEMELIN, DE GAUNES, GOMBAULT, GUENON, HUDELO, PRÉQUÉ, RIOFFEL, VILLEMIN ; pour l'externat, MM. les docteurs BRÜHL, CHEVALIER, MACAIGNE, MARION, RENAULT, RICHE, SOUPAULT, TISSIER, l'épreuve écrite de chacun de ces concours a eu lieu le lundi 15 courant ; le sujet sorti était : *Tronc de l'artère sous-clavière ; diagnostic et traitement des pleurésies purulentes ;* restaient dans l'urne : *petit épiploon, pathogénie, signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac; artères de la jambe, ruptures de l'urèthre.*

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

École de médecine d'Amiens. — M. PANCIER, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pour la présente année scolaire, d'un cours de chimie et de toxicologie.

École de médecine de Poitiers. — M. le Dr LARRE, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, à partir du 1er novembre 1900, des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier, M. le docteur FITTE, de Vic-en-Bigorre (Hautes-Pyrénées).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CAILLET, de Luynes (Indre-et-Loire) ; CURY, de Liart (Ardennes) ; RAFFY, de Négrepelisse (Tarn-et-Garonne) ; VENDRAND, de Villers-Cotterets (Aisne) ; MERLIN-LEMAS, de Saint-Victurnien (Haute-Vienne).

HAMEAU, de Laventie (Pas-de-Calais). Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien sincères condoléances à l'occasion de la mort foudroyante de ce confrère.

BIBLIOGRAPHIE

La Chirurgie et la Médecine d'autrefois, par M. le Dr P. Hamonic, 1 vol. in-8 avec 487 reproductions d'instruments anciens. Paris, 1900. Maloine, éditeur.

On sait combien M. le docteur P. Hamonic est versé dans les questions d'archéologie et combien importantes sont les collections qu'il a réunies.

Ce qui fait l'originalité de l'ouvrage que nous annonçons, c'est que l'auteur, au lieu d'appuyer sur des documents historiques une étude qui aurait été forcément sujette à discussion, et en tout cas d'une lecture peu attrayante, a voulu présenter l'état de la chirurgie et de la médecine d'autrefois en se basant exclusivement sur un certain nombre d'instruments et appareils renfermés dans ses collections et figurant en ce moment à l'Exposition.

Un instrument ancien, dont l'authenticité est irrécusable, parle bien plus à l'esprit que la description la plus détaillée. Il suffit de jeter les yeux sur lui pour comprendre aussitôt la valeur de l'opération à laquelle il était destiné et la technique suivant laquelle elle s'exécutait.

De la série de 487 instruments anciens qu'il présente au lecteur, M. le Dr Hamonic tire une étude des plus intéressantes sur l'art médico-chirurgical des époques passées, et dans un style limpide et sobre, il fait revivre le praticien du bon vieux temps.

Il se dégage de la lecture de cet ouvrage une impression d'étonnement au sujet de ce que savait et osait faire le chirurgien d'autrefois et de l'outillage vraiment merveilleux qu'il avait à sa disposition.

Le livre de M. le Dr Hamonic s'adresse autant au médecin et au chirurgien qu'à l'archéologue ou au collectionneur qui si souvent ignore l'usage des pièces rares qu'il possède et qu'il acquiert soit à cause de l'aspect artistique ou de la bizarrerie de la forme.

Grâce à sa riche bibliothèque de livres anciens et aux innombrables gravures qu'il possède, M. P. Hamonic a pu attribuer sa véritable valeur et son rôle exact à chacune des pièces qu'il présente.

Cet ouvrage est suivi de la description de la série d'instruments que M. le Dr Hamonic a inventés pour le traitement des affections des organes génito-urinaires.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

La chirurgie et la médecine d'autrefois d'après une première série d'instruments anciens renfermés dans mes collections, par le docteur P. Hamonic, A. Maloine, 1900, *Paris*.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

41me semaine, du 7 au 13 Octobre 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	6
3 mois à un an	3	5
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	1	»
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	»	3
20 à 40 ans	9	4
40 à 60 ans	7	3
60 à 80 ans	7	5
80 ans et au-dessus	»	3
Total	40	31

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	1	4	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3	»	1	»	»	»	3	8	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	7	»	»	3	1	1	»	»	»	1	16	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	7
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	7	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	7	8	2
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	4	7	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	8
Total	»	»	»	»	»	»	»	3	7	1	16	»	»	11	1	2	»	2	»	28	71	110

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.
Le gérant. Th. CLERQUIN.

N° 198. Quatrième Année. N° 43. Le Numéro : 10 centimes. 28 Octobre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Funérailles de M. le Dr DEROIDE

Professeur de Pharmacie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie.

Mardi 23 octobre, succombait à Paris, après une maladie de quelques jours seulement, notre collaborateur le docteur DEROIDE, professeur de pharmacie à la Faculté de Lille, officier d'Académie, membre du Conseil d'hygiène du Nord. Depuis moins d'un an, trois professeurs disparaissent ainsi, dont la mort n'a respecté ni ni la jeunesse, ni l'avenir. LOTAR, LEROY, DEROIDE, ce dernier à peine âgé de trente-huit ans, ne nous laissant que des regrets.



L'Écho Médical du Nord comptait consacrer à son collaborateur une notice biographique où eussent été indiqués ses travaux, l'unité de ses recherches, ses qualités. Sur la tombe, dans un discours, que nous publions plus loin, le doyen de la Faculté, M. de LAPERSONNE, a loué de notre collègue ce qui en faisait un professeur et un savant ; nous ne pouvons y rien ajouter de mieux et de nouveau.

Aussi, nous contentons-nous de dire brièvement ce que furent les obsèques du professeur DEROIDE. Elles ont eu lieu à Merville (Nord), samedi 27 octobre, à neuf heures du matin.

Très nombreuse assistance. Tous les pharmaciens et médecins des environs et de nombreux étudiants étaient présents.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. le recteur MARGOTTET et M. DE LAPERSONNE, doyen, représentant l'Université ; par M. le professeur LAMBLING, représentant les professeurs de la Faculté de Médecine ; par M. LAMBERT, préparateur, représentant les étudiants ; par le Dr ROUSSEAU, et M. COUSIN, pharmacien de Merville, représentant les amis du défunt.

La Faculté de médecine, malgré l'éloignement, était représenté par douze de ses membres, en robe, MM. les professeurs FOLET, DUBAR, SURMONT, LAMBLING, CHARMEIL, les agrégés PHOCAS, BEDART, AUSSET, CARLIER, CARRIÈRE et le docteur FOCKEU, ami personnel du défunt. Suivaient MM. VALLÉE et LEFEBVRE, chef de travaux pratiques, COLLOT et DONZÉ, préparateurs, et d'autres fonctionnaires de l'Université, les docteurs BONVARLET, de Lestrem ; POTTIÉ, de Vieux-Berquin ; BLOND et CARREZ, de Merville ; les pharmaciens MATTON, de Bourbourg ; BERRIEZ, de Fresnes ; SOLAU, d'Anzin ; ROPIQUET, de Corbie ; DUHEM et Ismaël LAY, de Lille.

Parmi les nombreuses couronnes, signalons celles de l'Université, de la Faculté de Médecine, des Étudiants en pharmacie et des médecins et pharmaciens de Merville.

La population de Merville avait tenu à accompagner à sa dernière demeure le corps du professeur DEROIDE, et à donner à sa famille ce témoignage de vive sympathie.

Un discours a été prononcé sur la tombe par M. le doyen DE LAPERSONNE ; nous le publions ci après :

Discours de M. De Lapersonne

MESSIEURS,

C'est avec une profonde tristesse que je viens saluer d'un dernier adieu le plus jeune et certainement l'un des plus sympathiques parmi les professeurs de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

DEROIDE était bien le plus jeune d'entre nous, car nommé professeur titulaire de pharmacie au mois de juillet dernier, il ne devait prendre possession de sa chaire que dans quelques jours et il n'avait pas encore porté la robe rouge qui couvre son cercueil.

La mort qui vient ainsi frapper brutalement celui qui, après de longs efforts, touche enfin au but désiré, serait trop injuste et trop cruelle si elle n'apparaissait ici comme la délivrance et le repos après les atroces souffrances endurées par notre malheureux collègue.

La Faculté, qui aimait DEROIDE comme un de ses enfants lui faisant le plus d'honneur, veut garder de lui un pieux souvenir et elle m'a chargé de rappeler en quelques mots ce qu'a été cette vie de travail, presque tout entière passée auprès de nous.

Eugène DEROIDE appartenait à une nombreuse et honorable famille de cette ville et, de bonne heure, il avait été dirigé par son frère aîné, le Dr DEROIDE, vers les études pharmaceutiques. Entré à la Faculté dès 1884, il avait tout d'abord rempli les fonctions d'aide-préparateur des travaux pratiques de chimie. En 1888, il était nommé préparateur de chimie organique et, dans ce laboratoire, il profitait bientôt des exemples de méthode et de rigueur scientifique qu'il avait sous les yeux. Puissamment encouragé et aidé par son chef de service, servi par une intelligence chercheuse et un travail opiniâtre, dans le même temps qu'il passait ses examens de pharmacien de 1re classe, il poursuivait des études en vue du doctorat en médecine.

Dès 1892, après un concours dans lequel, de l'avis de tous ses juges, il faisait preuve de brillantes qualités professorales, il était nommé agrégé des Facultés de médecine et de pharmacie et désigné pour la Faculté de Lyon. Malgré les succès obtenus dans les conférences et dans la direction des travaux de pharmacie de cette importante Faculté, il désirait revenir à Lille et retrouver au milieu de nous les vives sympathies qu'il avait quittées. C'est en 1895 qu'il obtenait d'être transféré à la Faculté de Lille et tout de suite dans ses conférences d'hydrologie, comme dans ses fonctions de chef du laboratoire des cliniques, nous le retrouvions avec les mêmes qualités de travail, accrues de l'autorité professorale, qui rendaient son enseignement si utile aux élèves. Aussi lorsque, en 1898, des mutations dans le personnel des laboratoires de chimie nous permettaient de créer des travaux pratiques de pharmacie, la Faculté, en les confiant à DEROIDE, savait les placer en excellentes mains. Et de fait cette création, qui répondait à un besoin si réel dans l'enseignement pratique de nos élèves en pharmacie, a rendu et continuera à rendre les plus grands services, grâce à l'organisation parfaite et à la forte impulsion qu'il lui avait donnée. Par tous ses titres, DEROIDE méritait donc bien de succéder au professeur LOTAR dans la chaire de pharmacie, et cette titularisation, que la Faculté appelait de tous ses vœux, s'était imposée par la manière brillante avec laquelle il avait professé le cours depuis près de deux ans.

Parmi les publications scientifiques, laissées par DEROIDE, à côté d'une note *sur le dosage des matières albuminoïdes dans les liquides séreux*, de recherches sur *les matières colorantes de l'urine*, sur le *titrage de l'eau oxygénée* et sur le *dosage de l'acide phosphorique*, il faut faire une place toute spéciale à un ensemble de travaux, qui se groupent autour de sa thèse de doctorat et qui portent sur le dosage de *l'acide urique dans l'urine*.

DEROIDE a montré combien cette question de l'élimination de l'acide urique, si importante au point de vue physiologique et clinique, était encombré de documents inexacts, acquis par des procédés d'une insuffisance radicale. Il a fait connaître un procédé de choix, celui de SALKOWSKI-LUDWIG, qui était alors presque inconnu en France. Il a ensuite très heureusement modifié la méthode volumétrique de HAYCRAFT, dans laquelle on dose au sulfocyanate la quantité d'argent que contient le précipité d'urate double d'argent et de magnésie. Dans une note à l'*Union pharmaceutique*, il a proposé de doser, non plus l'argent précipité, mais l'argent excédent que contient le filtrat. Le principe, trouvé par DEROIDE, a été plus tard appliqué à de nouvelles méthodes de dosage de l'acide urique.

Par cet aperçu rapide de ses travaux et de ses principaux titres, vous voyez ce qu'avait déjà fait DEROIDE et quelles grandes espérances l'Université de Lille était encore en droit de fonder sur lui, puisqu'il n'avait que 37 ans. Mais la perte de notre pauvre Collègue est rendue plus grande encore si l'on songe à ses qualités de cœur, à sa droiture de caractère, à sa bienveillance accueillante qui le faisaient aimer de tous ceux qui l'approchaient, de ses élèves, du personnel de son laboratoire, comme de ses collègues.

Au nom de la Faculté, au nom de l'Université de Lille, mon cher DEROIDE, Adieu !

Troubles vaso-moteurs de la ménopause (1). Opothérapie ovarienne

par M. le Professeur **H. Folet**.

Il y a un an un de mes anciens internes, le Docteur LÉON JULIEN, a publié un travail, solidement documenté,

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord* (séance du 26 octobre 1900).

sur les symptômes hystériformes, les troubles génitaux, vaso-moteurs, neuro-musculaires, trophiques, etc., qui peuvent suivre l'opération de la castration chez la femme. Dédaigneux des statistiques nombreuses, mais sommaires et vagues dont on tire tout ce qu'on veut, il a recherché, retrouvé et interrogé individuellement, de façon précise et détaillée, une trentaine de femmes opérées dans mon service hospitalier depuis six ans, et en a donné les observations complètes. Ce nombre est modeste, mais il commence à être suffisant pour se former une opinion. JULIEN a montré que les troubles de ménopause opératoire anticipée ne sont pas un mythe, mais qu'ils sont, dans l'immense majorité des cas, minimes et passagers ; que, quand leur intensité est plus grande, ils sont encore la plupart du temps fort supportables ; et qu'en aucun cas ils ne réalisent les lamentables tableaux de pure fantaisie tracés par des écrivains, très bien intentionnés d'ailleurs.

Je ne nie pas, notez bien, qu'il n'y ait eu, il y a dix ou douze ans, une période d'outrance interventionniste où les chirurgiens, méprisant toute thérapeutique temporisatrice, prenaient trop vite et trop facilement le couteau, et qu'il n'y ait eu quelques orgies opératoires. Mais on est très généralement revenu à une pratique plus sage et plus modérée. Quant à moi, comme je ne fais la castration que pour des lésions annexielles avancées, et quand je ne peux plus faire autre chose, la quasi-totalité de mes opérées, — qui de par leur position sociale ne sont pas à même d'éviter toute fatigue et de vivre à la chaise longue, mais doivent au contraire rester debout toute la journée et faire les rudes besognes du ménage ; auxquelles de plus les exigences du mari ne permettent pas souvent le repos génital, — presque toutes mes opérées, dis-je, tolèrent très volontiers leurs légers malaises en se rappelant leurs souffrances d'autrefois, et se déclarent souvent « enchantées » quand elles comparent leurs misères d'hier à leur état actuel. Cet état du reste s'améliore, je le répète, soit spontanément à la longue, soit plus rapidement par l'opothérapie ovarienne ; mieux encore que quand il s'agit de la ménopause physiologique.

Car la ménopause naturelle, si d'ordinaire elle ne donne lieu qu'à des malaises assez minces, lui méritant à peine ce nom d'« âge critique » que lui décernent les gens du monde, s'accompagne dans certains cas rares de symptômes vraiment fort pénibles. J'observe en ce moment une femme qui, à cette époque de sa vie, éprouve des troubles vaso-moteurs d'une intensité telle que n'en présentent jamais les châtrées. Ah ! si le tableau symptomatique que je vais décrire se fût produit après une intervention opératoire et que ZOLA en eût été témoin, quel virulent et superbe réquisitoire cela nous eût valu ! Mais c'est tout spontanément que la malade objet de cette note a présenté les accidents que voici :

Mademoiselle H. G., âgée de 52 ans, que je connais depuis vingt ans, est une femme assez bien portante quoique très névropathe et issue d'une famille fortement entachée de nervosisme. En 1882, je l'ai opérée d'une tumeur adénoïde du sein droit. Deux ans plus tard un petit névrome de la cicatrice, très douloureux au moindre contact, nécessite une ablation fort simple. A partir de cette époque sa santé fut satisfaisante, sauf les symptômes habituels : boule hystérique ; névralgies faciale ou intercostales, apparaissant de loin en loin ; jamais de grandes attaques ; légers troubles dyspeptiques attribuables surtout à une existence très sédentaire. Elle n'a aucun passé génital. Les règles, faciles et régulières, se sont prolongées jusqu'au delà de 50 ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 1899. Alors tout cesse en six mois. Durant le semestre des irrégularités terminales elle a eu quelques bouffées de chaleur insignifiantes. Mais les choses empirent singulièrement lorsque la ménopause est complète. Je la vois en avril 1900, ne l'ayant soignée qu'à de rares intervalles en ces dernières années. Elle me raconte qu'à partir de l'automne dernier, elle a souffert d'intolérables malaises : à chaque instant, cinquante, soixante, cent fois par jour, elle éprouve, à la tête et dans toute la partie supérieure du corps, cou, épaules, poitrine, des montées de chaleur, des bouffées brûlantes se traduisant visiblement par une vive rougeur et une sorte de turgescence cutanées, et par une sécrétion sudorale intense. Ces accès sont souvent subintrants ; l'un n'est pas fini que le suivant commence. Aussi ne peut-elle plus sortir de chez elle, ni rester assise ou à table plus de quatre ou cinq minutes de suite, et passe-t-elle son temps à se promener de chambre en chambre, le cou et la poitrine découverts, s'éventant et épongeant sa peau ruisselante de sueur, comme une personne qui viendrait de faire une course énorme sous un soleil tropical. Ce ne sont pas de vraies souffrances, mais il y a là un état de malaise presque continu d'une rare intensité.

Les bouffées de chaleur sont parfois coupées de ces *bouffées de froid* que JULIEN a, je crois, le premier décrites dans le travail précité. « Ce symptôme, dit-il, apparaissait « très net chez deux de mes malades : L'une présentait « subitement une pâleur très accentuée de la face, après « avoir éprouvé une sensation de froid prémonitoire au « sommet de la tête. Tout le corps se couvrait de sueurs « froides abondantes. Elle éprouvait en même temps de la « gêne respiratoire, au point qu'elle était obligée d'ouvrir « les fenêtres pour respirer et qu'elle fut forcée dès le « début d'abandonner le corset qu'elle n'a plus remis « depuis. D'une durée de cinq à six minutes, ces bouffées « apparaissaient toutes les heures et quelquefois plus souvent, pendant le jour seulement. Elles ont diminué puis « disparu spontanément un an après l'opération. — La « seconde malade présentait également, sans rougeur de « la face et après une sensation de vertige annonciatrice, « des sueurs froides abondantes sur tout le corps et des « frissons. Les bouffées froides apparaissaient toutes les « heures pendant la journée et étaient un peu plus fréquentes « la nuit. Leur durée était de dix minutes. Elles ont disparu toutes seules et rapidement, au bout de sept à huit » semaines » (1).

Quant à mademoiselle H. G., c'est particulièrement dans la matinée qu'elle éprouve, au lieu de chaleur, des sensations glacées, surtout au sommet de la tête et à l'occiput, avec refroidissement constatable et pâleur du front et de la figure.

(1) JULIEN. *Sur les suites éloignées de la castration chez la femme et sur l'opothérapie ovarienne*, p. 48.

Elle s'enveloppe alors d'un châle de laine. L'après-midi ce sont les bouffées de chaleur qui reprennent et s'accentuent. La nuit, car son sommeil est pénible et interrompu, ce sont encore les poussées chaudes, avec face vultueuse et transpiration, qui dominent la scène. Ces alternatives de chaud et de froid ne se manifestent qu'à la tête, au cou et à la poitrine. Les extrémités des membres, les mains et les pieds, sont de façon presque permanente, blancs, froids, glacés au toucher.

Pas de tendance à l'engraissement ; guère plus de névralgies ; mentalité intacte. Je n'ai pu aborder la question des désirs sexuels. Tout se borne chez elle à un détraquement excessif de l'innervation régulatrice des vaisseaux, lesquels sont, simultanément ou à tour de rôle selon les régions, tantôt convulsivement contractés, tantôt ultra-dilatés. Cette véritable folie vaso-motrice, poussée à ce degré invraisemblable et durant des mois, sans être une maladie grave, constitue un véritable supplice.

A quelle pathogénie rapporter cet ensemble symptomatique bizarre? Brown-Séquard a démontré, il y a douze ans, que le testicule, outre sa fonction spéciale, produit une substance inconnue dont la présence dans l'économie maintient et active l'énergie physique et morale. Ainsi s'explique le fait très anciennement connu de la déchéance relative des eunuques comparés aux animaux entiers, déchéance que le langage populaire a consacrée en faisant de l'intégrité des organes mâles la condition de la force et du courage. L'ovaire semble également, en plus de son rôle propre, sécréter un produit servant particulièrement à modérer et à régler les actions vasculaires et trophiques. Ces actions s'exagèrent et s'affolent faute de cet élément régulateur, à l'absence duquel l'organisme paraît cependant s'habituer, car les troubles liés à la ménopause et à l'ovariectomie sont passagers. Il est même des organes, dits glandes à sécrétion interne, desquels la fonction, inconnue jusqu'ici, pourrait bien n'être autre que la fabrication d'une substance conservatrice de l'énergie vitale. Tel est le *corps* ou *glande thyroïde*, dont l'hypertrophie, sans doute accompagnée de modifications histologiques importantes, coïncide avec le crétinisme, et dont la suppression opératoire est suivie d'une cachexie profonde que l'on a appelée *cachexie strumiprive*. Pour le corps thyroïde et l'ovaire, il suffit qu'un très petit fragment de ces organes ait été épargné et fonctionne pour que leur rôle utile s'exerce sur l'économie. Les thyroïdectomies, quelque larges qu'elles soient, pourvu qu'elles ne soient pas complètes, n'amènent pas la cachexie strumiprive. La conservation d'un très petit morceau d'ovaire s'oppose à l'invasion de la neurasthénie post-opératoire des châtrées.

En partant de ces données, l'idée devait naître de remplacer les bienfaisantes toxines inconnues par l'introduction des toxines analogues empruntées aux organes d'animaux. Cette méthode, qui a pris le nom d'*opothérapie*, s'est réalisée par des procédés divers : greffes dans le péritoine ou dans la peau de fragments de corps thyroïde ou d'ovaire de génisse ou de brebis ; ingestion de ces mêmes organes (crus naturellement) ; injection sous-cutanée de sucs testiculaire, thyroïdien, ovarique, aseptiquement obtenus. Enfin, pour l'organe qui nous occupe particulièrement ici, diverses préparations ont été faites d'ovaires de génisses desséchés et pulvérisés que l'on peut avaler commodément en cachets ou en tablettes. Moncour, Chaix et Bouty fabriquent des préparations pharmaceutiques dites d'*ovarine* ou d'*ovigénine*. Jayle, Mond, Mainzer. Muret et beaucoup d'autres ont employé avec succès et sans inconvénients ces préparations, ou d'autres analogues, contre les accidents consécutifs à la castration ovarienne.

C'est en vertu de ces théories et de ces expériences que j'ai conseillé à Mlle H. G. l'usage d'une préparation opothérapique d'ovaire. Le 7 avril elle commence à prendre des tablettes d'*ovarine* Chaix, trois puis quatre par jour. Il y a eu effet immédiat et rapide de diminution des phénomènes. Le 11 avril elle peut sortir et faire une promenade. les sueurs disparaissent d'abord, puis les bouffées de froid diminuent, et ensuite les bouffées de chaleur s'atténuent notablement. Les bouffées de froid disparaissent au bout de quelques semaines, mais les bouffées de chaleur ne cessent pas complètement, non plus que les refroidissements des extrémités. Continuation du traitement. Je suis quelques semaines sans nouvelles de la malade. Je la revois le 22 juin. Elle est, dit-elle, « beaucoup, beaucoup mieux que l'hiver dernier ». Mais, l'ovarine paraissant troubler un peu sa digestion, elle l'a quittée depuis quinze jours, et les symptômes ont reparu, sans être à beaucoup près aussi marqués qu'auparavant. J'insiste pour qu'elle continue très longtemps une ou deux dragées par jour. J'ai substitué, pour essai, l'ovigénine Bouty à l'ovarine Chaix. Les deux préparations m'ont paru avoir une efficacité pareille et sensiblement égale; car Mlle H. G., revue le 10 août, déclare avoir bien parfois encore des bouffées de chaleur un peu gênantes, des froids de pieds ou de mains assez désagréables et aussi quelques vertiges passagers ; mais enfin, elle est, comme elle le dit, « améliorée de 80 % ». Elle va, vient, s'occupe, sort, fait d'assez longues promenades et va dîner en ville.

L'opothérapie ovarienne, qui passe pour avoir moins de succès dans les troubles de ménopause naturelle que dans ceux de la ménopause post-opératoire (Jayle), a donc rendu de réels services à notre malade, qui compte la continuer aussi longtemps qu'il le faudra. Elle le peut, car elle est dans une situation de fortune aisée. Mais le prix de la préparation pharmaceutique, exigeant des manipulations délicates, est assez élevé : 10 francs le flacon de 60 tablettes ou dragées. Ce n'est malheureusement pas à la portée de toutes les bourses. Il faudrait démocratiser l'opothérapie.



Une aiguille dans le cœur (1).
Extraction. Guérison.
Les faits récents de chirurgie (sutures) du cœur.

Par le docteur **René Le Fort**

Le 6 octobre, à midi, un maître d'école m'amenait un jeune garçon de 11 ans, qui venait de s'enfoncer dans la poitrine une épingle, disait-il.

En faisant une chute, l'enfant avait senti pénétrer dans la paroi thoracique cette soi-disant épingle, qui avait été piquée dans ses vêtements. Il n'avait pas perdu connaissance.

A l'examen, pratiqué peu de temps après l'accident, on aperçoit sur la peau, à gauche de la partie inférieure du sternum, une tache rougeâtre, formée de quelques gouttelettes de sang séchées sur les bords et siégeant à 25mm de la ligne médiane, en dehors du sternum, à 3 centimètres au-dessus de la pointe de l'appendice xyphoïde. Le corps étranger a disparu entièrement sous la peau. Il la soulève légèrement. La région soulevée présente près de son centre un orifice punctiforme. Elle est animée de battements rythmiques isochrones aux battements du cœur. Le mouvement communiqué est plutôt un mouvement de rotation ou de reptation qu'un mouvement de propulsion.

La peau ne présente qu'un orifice insignifiant par lequel la tête d'une épingle n'a pu passer que difficilement. Les renseignements fournis sont vagues : l'enfant raconte qu'au moment où il est tombé, il lui a semblé qu'on lui « arrachait le cœur » ; le maître qui accompagne ce jeune garçon dit qu'il lui semble que le corps étranger s'enfonce de plus en plus.

Le pouls est bon, le facies normal ; la matité cardiaque n'a rien d'exagéré ; les bruits sont bien frappés, la pointe du cœur bat normalement à sa place normale.

La pénétration cardiaque paraissait probable et l'extraction s'imposait. Après avoir prévenu le père, qui venait d'accourir, de la possibilité d'accidents graves pouvant nécessiter une intervention directe sur le cœur, je me mets en devoir d'enlever le corps étranger.

Nous ignorions tout de la direction et de la longueur de la prétendue épingle ; si la saillie cutanée indiquait bien la situation de la tête, la position de la pointe restait douteuse. L'étendue des mouvements de la peau semblait indiquer une pénétration de la paroi cardiaque et par conséquent une direction probable en arrière et en haut.

La désinfection de la peau fut incomplète. On ne nettoie pas bien une peau qu'on ne peut frotter, et en pareil cas, mieux vaut être un peu sale que de refouler le corps étranger dans une région aussi dangereuse. Le même danger empêchait d'inciser directement au niveau de la saillie cutanée ; quelque tranchant qu'eût été le bistouri, il fallait craindre d'enfoncer davantage l'épingle.

Je fis donc une incision transversale à un demi-centimètre au-dessus du point soulevé, et, coupant les tissus très obliquement, je rencontrai bientôt le corps étranger. La peau fut relevée de façon à dégager la partie externe, et la tête d'une aiguille parut librement, toujours animée de son mouvement complexe. La direction de l'aiguille était oblique en arrière, à gauche et en haut. A l'aide d'une pince, le corps étranger fut retiré doucement et le plus légèrement possible.

Le pouls, qui n'avait pu être étudié au moment même de l'extraction, était bon quelques secondes plus tard, puis, au bout de quinze à vingt secondes, les battements faiblissaient en se prolongeant et devenaient complètement imperceptibles. L'enfant pâlit un peu. L'impulsion cardiaque était encore sensible à l'auscultation ; cet état dura une vingtaine de secondes, les battements reprirent peu à peu leur ampleur, et deux minutes plus tard, tout était rentré dans l'ordre. La percussion et l'auscultation de la région cardiaque ne révélaient rien d'anormal.

L'enfant fut transporté chez lui couché, maintenu au lit et dans l'immobilité complète ; la diète absolue fut prescrite. Dès le lendemain, il jouait dans son lit malgré les recommandations, et le surlendemain, il avait quitté son lit avec la permission de parents stupides, persuadés que si le cœur de leur enfant avait été touché, il serait mort, et que, par conséquent, il n'y avait là rien de sérieux.

Actuellement, 15 octobre, la guérison se confirme.

Dans cette observation, la pénétration de la paroi cardiaque ne me paraît laisser aucun doute. L'aiguille entière, mais très légèrement tordue à son extrémité, mesurait 40 millimètres, et sa direction indiquait une pénétration probablement assez profonde du ventricule droit. Il semble en outre que le mouvement compliqué de rotation et de propulsion, surtout quand ce mouvement a une grande amplitude, doit indiquer l'implantation cardiaque ; le mouvement d'une aiguille enfoncée dans la paroi thoracique seule serait plutôt un mouvement de propulsion ou d'inclinaison. La pénétration avait eu lieu par le cinquième espace intercostal.

On serait tenté de croire qu'une lésion de ce genre est de peu de gravité, et n'a guère de chances de causer d'accidents sérieux Il n'en est rien. Sans doute, la simple piqûre du cœur n'est pas grave, le fait a été démontré par les physiologistes et utilisé en thérapeutique chirurgicale. On a fait non seulement la ponction du cœur (Kinloch, Dana, Fischer, Westbrook, Mills, Coats) (1), mais encore

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord* séance du 12 octobre 1900).

(1) Cités dans F. Terrier et Reymond, Chirurgie du cœur et du péricarde, 1898.

la suture des plaies du cœur, parfois même avec succès; nous y reviendrons.

Mais piquer le cœur avec une aiguille à suture ou une aiguille exploratrice est infiniment moins grave qu'implanter dans la paroi thoracique une aiguille qui pénètre dans le muscle cardiaque. La paroi maintient l'aiguille avec assez de fixité pour que l'organe se déchire au contact du corps étranger ; MM. TERRIER et REYMOND y insistent; en outre, le mouvement propre du cœur tend à entraîner de plus en plus l'aiguille, et ce sont ces deux points qui font la gravité des plaies du cœur par aiguilles.

Le fait ressort clairement de la lecture des observations. Dans l'excellent mémoire de M. LOISON (Rev. de Ch. 99), on trouve des faits fort intéressants à ce point de vue. Ainsi, dans un cas de FOY (1890), un étudiant en médecine s'enfonce une aiguille dans le cœur. On fait l'incision du péricarde et « on voit le chas de l'aiguille à la surface du ventricule droit. On incise superficiellement le muscle; elle s'enfonce davantage à chaque systole. On ne peut la retirer. »

Dans un cas de MACDOUGALL (1895), une « jeune fille de 15 ans s'enfonce accidentellement une aiguille dans la poitrine au troisième espace gauche, à 1/2 pouce du bord du sternum. L'aiguille, animée de battements isochrones au pouls, disparaît sous la peau.— Incision sur l'extrémité de l'aiguille perçue à travers la peau ; elle s'enfonce et n'est pas trouvée. »

Dans l'observation de ROSE (1884), on voit la piqûre primitive de la paroi du cœur se transformer en fente sous l'influence des mouvements du cœur; dans ceux de FLAMENT (1892) et MACHENAUD (1887) « le mouvement de frottement répété a amené l'ouverture de la cavité du ventricule droit. »

Aussi la mortalité est relativement considérable, et M. LOISON établit sur vingt-trois cas, la proportion de 60,8 pour 100. Huit fois sur neuf où la cause de la mort est spécifiée, elle était due à l'hémorragie interne.

Par rapport aux interventions pratiquées, les vingt-trois faits de M. LOISON se décomposent ainsi :

Neuf d'entre eux sont des trouvailles d'autopsie; on pourrait y joindre un fait récent d'OPHIELS (1).

Trois blessés sont morts sans intervention ; un petit blessé de WRIGHT (1869) tenta d'extraire lui-même l'aiguille implantée dans la paroi et la brisa; il mourut cinquante-huit heures après l'accident ;

Quatre fois l'incision ne permit pas de découvrir le corps étranger : un malade succomba, les trois autres guérirent;

Trois fois l'extraction fut faite sans incision et avec succès (cas de FOAT, HAHN, PRIOR) et trois fois avec incision (cas de CALLENDER, SENGENSSE, TURNER). Ces trois blessés guérirent ; notre observation est la quatrième.

(1) OPHIELS : Occid. med. Times, 1899, n° 8, p. 426.

Quant au mode d'intervention, tous les auteurs sont généralement d'accord sur ce qu'il doit être.

M. LEJARS, dans son remarquable Traité de Chirurgie d'urgence, dit : Si le corps étranger est tout petit, une aiguille, l'enlever par un mouvement de rotation lente, sans secousses; il sera le plus souvent indispensable de faire d'abord, au niveau de son extrémité apparente, une incision pariétale suffisamment profonde, pour permettre de la dégager sur une certaine longueur et de l'amarrer solidement : autrement on courra le risque, pendant les tentatives d'extraction, de la refouler et de la perdre.

M. TERRIER ne croit pas tant de prudence nécessaire.

La rotation pourrait être dangereuse quand l'aiguille n'est pas droite. J'ai dit pourquoi je préfère l'incision faite à une certaine distance du corps étranger, ce n'est qu'une nuance dans le manuel opératoire.

J'ajouterai qu'il faut en pareil cas se tenir prêt à parer aux accidents possibles, hémorrhagies, syncopes, c'est-à-dire être prêt à faire sauter la paroi thoracique, soit pour suturer une plaie du cœur, soit pour lier un vaisseau qui donne (ou même pour tenter la compression rythmée du cœur comme l'ont conseillé, dans le cas d'embolie, MM. TUFFIER et HALLION (Soc. de Biol. 98, Acad. des Sciences, mai 1900) et comme M. MICHAUX l'a fait une fois (Soc. de Chir., 98), sans succès il est vrai).

Si hasardée que puisse paraître une semblable intervention, sa possibilité et ses indications ne sont plus discutées aujourd'hui.

Nous sommes loin de l'opinion de RIEDINGER : « il n'y a rien à faire contre une plaie du cœur, » et les expériences de BLOCH, DEL VECCHIO, SALOMONI, REHN, BODE, ELSBERG et LONGO, sur la possibilité de la suture du cœur chez les animaux, ont été largement confirmées par les faits cliniques, principalement au cours de ces deux dernières années. Déjà en 1898, MM. TERRIER et REYMOND pouvaient réunir les faits de FARINA, de CAPPELEN, de GUIDO FARINA, où la mort n'eut lieu qu'au bout de plusieurs jours; de REHN, de PAROZZANI, suivis de succès, de CAPELLO et de NICOLAÏ, suivis de mort. Les faits se sont largement multipliés depuis cette époque, et nous relèverons ceux de :

PAROZZANI : un deuxième fait, suivi de mort, GIORDANO (Errico) (1) qui fait pour la première fois la suture d'une oreillette (gauche); le blessé mourut le dix-neuvième jour; NINNI (2) : un cas suivi de mort; HORODYNSKI et MALISZEWSKI (3) ; trois cas suivis de mort. LISANTI (4) : un cas suivi de guérison avec anévrysme partiel du cœur; LONGO (5); MARION (6) : chacun un cas suivi de mort ; NIEDZIELSKI (7) :

(1) GIORDANO : Riforma medica, 1898, vol. III, p. 674.
(2) NINNI : Acad. med. chir. di Napoli, 14 août 1898.
(3) HORODYNSKI et MALISZEWSKI : Medycyna, 1899, T. XXVII, p. 528
(4) LISANTI : Riforma medica, 1899, t IV, p. 765.
(5) LONGO : Gazz. internat di med. prat., 1899, numéros 1-2 p. 12.
(6) MARION : Presse méd. 1899, numéros 25, p. 148, — et BUFNOIR : Soc. anatom. de Paris, Janvier 1899.
(7) NIEDZIELSKI : Kronika lekarska, 1899, t. XX, p. 78.

premier succès de suture d'une oreillette (droite); le malade reprit connaissance treize jours après l'opération.

Pagenstecher (1) : un cas suivi de guérison ; Ramoni (2) : un cas suivi de guérison ; Rosa (3) : un cas suivi de guérison ; Maselli (4) : un cas suivi de mort ; Angelo (5) : un cas suivi de guérison ; Fontan (6) : un cas suivi de guérison ; Nanu (7) : un cas suivi de mort au cinquième jour.

Voilà dix-sept nouveaux cas relevés depuis deux ans ; on pourrait sans doute en trouver d'autres. Si nous totalisons les faits, nous trouvons neuf succès sur vingt-quatre opérations de sutures cardiaques ; encore serait-on en droit de compter au nombre des succès ces cas de survies prolongées comme ceux de Farina et de Giordano. C'est plus qu'il n'en faut pour légitimer de semblables interventions.

La voie est ouverte, elle semble devoir s'élargir encore. Podrez (de Kharkhoff) (8) est parti délibérément à la recherche d'un corps étranger du cœur, et si l'exploration bimanuelle de l'organe et les dix piqûres exploratrices qu'il y a faites sans succès lui avaient donné un résultat, il se proposait d'inciser le muscle cardiaqne entre des fils de suture placés préventivement pour modérer l'hémorragie. Pourquoi pas ?

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 26 Octobre 1900

Présidence de M. Looten, président.

Sur un cas d'atrophie musculaire des membres inférieurs et du membre supérieur gauche.

M. Ausset présente une enfant de dix ans, entrée récemment dans son service et dont le diagnostic ne lui paraît pas encore complètement élucidé. Il résume d'abord l'histoire antérieure de la malade : issue de père rhumatisant et de mère alcoolique, elle ne présente aucune trace de rachitisme, ni de syphilis héréditaire. Dans ses antécédents, on relève plusieurs bronchites et la rougeole. Au mois de mars dernier, l'enfant accusa un malaise général, de la courbature, de la céphalalgie, des douleurs au niveau des articulations des membres inférieurs et de la colonne vertébrale.

Un mois après, l'enfant tombe brusquement dans la rue, plusieurs fois de suite, ne peut se relever seule, est reconduite chez ses parents et doit s'aliter ; à ce moment elle eût, dit-on, de vives douleurs spontanées articulaires, généralisées, sauf au membre supérieur gauche qui resta toujours indemne avec tuméfaction notable des jointures. Peu à peu les douleurs perdirent de leur acuité.

Un jour les parents constatèrent l'atrophie considérable des membres, et la difformité du pied.

Il est à remarquer toutefois que l'atrophie a respecté le membre supérieur gauche, lésant profondément le membre supérieur droit ; la main droite est constamment inerte, en pronation complète, marquant à peine 5 k. au dynamomètre et 40 du côté gauche. L'épaule est immobile, le coude est fixé à la poitrine, les phalanges sont fléchies les unes sur les autres. Il n'y a pas toutefois à noter actuellement de lésions articulaires. Au membre inférieur droit, impotence fonctionnelle presque complète, avec perte presque complète des réflexes, à gauche l'atrophie semble limitée au pied.

Des deux côtés il faut noter l'extension complète du pied sur la jambe. On a en quelque sorte un varus équin. Les pieds ne sont pas ballants, mais bien rigides. Pas de déformations osseuses, pas de troubles articulaires, vaso-moteurs ou trophiques. L'examen électrique ne donne pas la réaction de dégénérescence d'Erb, mais une diminution quantitative de l'excitabilité électrique.

M. Ausset discute les diagnostics de paralysie infantile diffuse, de myotrophie spinale d'origine réflexe, de polynévrite, de myopathie chronique progressive sous ses différents types : Charcot-Marie, Landouzy-Déjerine, type juvénile de Erb, et semble se rallier à cette affection avec localisations particulières.

M. Ingelrans passe en revue les hypothèses que l'on peut émettre au sujet de l'affection que présente cette petite fille. Il ne cherche pas d'ailleurs à poser un diagnostic ferme, étant donné qu'il n'a fait qu'entrevoir la malade.

Il s'agit d'une lésion de la moelle épinière, des nerfs ou des muscles. Ces derniers sont en jeu dans ce qu'on décrit sous le nom de myopathies primitives progressives. Parmi elles, il faut éliminer d'emblée la paralysie pseudo-hypertrophique, car il n'y a pas d'hypertrophie, et la forme Landouzy-Déjerine, dont le type est facio-scapulo-huméral. Reste la forme juvénile d'Erb ; or, celle-ci est souvent héréditaire et familiale ; l'atrophie est symétrique, tandis que chez la malade de M. Ausset un membre supérieur seul

(1) Pagenstecher : Deut. med. Wochens., 1899, n° 32.
(2) Ramoni : Gazz. med. di Torino, 1899, n° 18, p. 351 ; Gazz. med. di Roma, 1899, n°s 1 et 2 ; Gazz. degli osped. e clinica, 1899, n° 25, p. 264.
(3) Rosa : XIVe Cong. Soc. ital. de Chir., Rome, 1899, 28 et 31 octobre.
(4) Maselli : Clinica chirurgica, 1900, p. 52.
(5) Angelo : Riforma medica, 1899, n° 289.
(6) Fontan : Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., n° 17, 15 mai 1900, p. 492.
(7) Nanu : XIIIe Cong. intern. de médecine, Paris, août 1900.
(8) Podrez : Revue de Chirurgie, mai 1899.

est pris. Le réflexe rotulien serait conservé, la marche aurait été infiniment plus lente, etc. ; bref, les myopathies primitives ne paraissent pas intervenir ici.

L'amyotrophie du type CHARCOT-MARIE ne frappe les membres supérieurs que plusieurs années après les inférieurs : la main est en griffe, les muscles des épaules sont intacts ; bien d'autres symptômes encore permettent de différencier les deux cas. L'amyotrophie névritique du type DÉJERINE-SOTTAS n'a aucun rapport avec la maladie qu'il s'agit de classer. M. INGELRANS a vu les malades qui ont servi de base à la description de DÉJERINE : ils sont tout différents du sujet de M. AUSSET.

L'idée d'une polynévrite motrice diffuse amenant une paralysie atrophique n'est pas du tout à rejeter. Mais on sait combien, à l'heure actuelle, la tendance est à joindre la polynévrite motrice à la poliomyélite antérieure aiguë ou subaiguë — les récentes cliniques de RAYMOND sont là pour montrer combien la cellule de la corne antérieure et son cylindraxe, c'est-à-dire le nerf moteur, sont solidaires et souffrent ensemble. De sorte qu'admettre une polynévrite motrice, c'est presque supposer une poliomyélite antérieure.

M. INGELRANS croit qu'on a affaire ici, en effet, à une poliomyélite antérieure de l'enfance, c'est-à-dire à une paralysie infantile. Celle-ci est généralement fonction d'infection et il est probable que les premières manifestations générales qu'a présentées la petite malade représentent cette infection.

A cela, M. AUSSET dit que la paralysie infantile ne commence guère ainsi ; c'est vrai, mais parfois, cependant, des cas à forme douloureuse en ont imposé au début pour un rhumatisme articulaire aigu (LAURENT). C'est précisément ce qui a eu lieu. — On objecte encore que la paralysie infantile s'installe rapidement ; il est exact que les auteurs disent qu'elle est *très rarement graduelle* (HAUSHALTER), mais encore l'est-elle quelquefois, par conséquent ; et MARIE écrit que la paralysie peut survenir par poussées, séparées par des intervalles plus ou moins longs. Il ajoute qu'il ne saurait être question de décrire à la maladie une marche propre, plus ou moins cyclique, car ce n'est pas une maladie, mais un accident, une simple lésion au cours d'une affection générale. — On conçoit donc que l'installation puisse en être plus ou moins progressive et l'on s'explique que, suivant la sévérité des lésions, la régression puisse être très marquée ou faire défaut, comme c'est ici le cas.

M. INGELRANS incline vers le diagnostic de paralysie infantile, à forme anormale si l'on veut. Cette hypothèse explique la non-symétrie, l'intégrité de la sensibilité et des sphincters, la répartition diffuse de l'atrophie dans toute l'étendue des membres. Il faudrait naturellement examiner davantage l'enfant, mais c'est là ce qui semble le plus probable à première vue.

M. Ausset ne croit pas pouvoir accepter l'hypothèse de paralysie infantile. Il croit plutôt être en présence d'un cas de myopathie à forme anormale, à localisations nouvelles (*sera publié in-extenso*).

Contracture hystérique des muscles de l'épaule

M. Ingelrans présente une femme de 26 ans, mariée, mère de cinq enfants, présentant, depuis douze jours, brusquement au réveil, une impotence presque complète de l'épaule droite, avec hyperesthésie cutanée, contracture, fourmillements, refroidissement du bras.

Il est à noter que dans la nuit précédant la paralysie, cette femme eut un rêve effrayant ; de plus elle se croit enceinte de deux mois.

M. Moty accepte le diagnostic. Il fait remarquer toutefois que ces contractures sont souvent plus rebelles que les paralysies hystériques.

Troubles vaso-moteurs de la Ménopause. Opothérapie ovarienne.

M. Folet. — *Cette communication est publiée dans le présent numéro.*

La suture totale de la vessie après la taille hypogastrique.

M. Carlier lit un travail sur la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique (*sera publié*), montrant d'abord les hésitations du début de la méthode. Ce n'est guère que depuis dix ans que la suture totale a gagné du terrain, et que se confirme la parole de GUYON : la vessie, une fois ouverte, ne demande qu'à se fermer. Actuellement les chirurgiens ne s'occupent plus de savoir si la peau est saine, si le milieu est aseptique. Comme preuves, M. CARLIER cite les rapides cicatrisations de la vessie chez les enfants, chez la femme, et même chez l'homme dans les cas de mise à demeure de tubes siphons, où l'on voit réussir très bien ces sutures partielles. Il ne voit qu'une condition indispensable pour le succès, c'est un bon drainage de la vessie, en évitant toutefois l'hémorrhagie vésicale qui peut être une contre-indication à la suture totale. Il montre ensuite que la

suture réussit toujours chez l'enfant, presque toujours chez la femme, très souvent chez l'adulte et en donne les raisons.

M. CARLIER pratique toujours la suture de la vessie en deux plans ; il place à la partie inférieure de la plaie cutanée un petit drain de sûreté dirigé vers la cavité de RETZIUS.

Bien qu'il ait toujours employé la sonde à demeure, M. CARLIER ne la croit pas toujours nécessaire, surtout chez les enfants, les femmes et les adultes ; en tout cas son emploi nécessite une grande surveillance. Mais, quand on ne fait pas usage de ce moyen il faut s'astreindre à sonder ses opérés tous les trois ou quatre jours.

Sur un cas de luxation du pouce en dedans

M. Le Fort présente un ouvrier chez lequel il a réduit une luxation interne du pouce. Pour cela il a dû la transformer en luxation dorsale par le procédé de FARABEUF. On sentait nettement en dedans le sésamoïde déplacé ; actuellement on le sent encore en dedans et pourtant la radiographie montre qu'il n'est pas luxé.

M. Moty, à propos de la réductibilité de ces luxations du pouce, fait remarquer qu'on y parvient plus facilement, en fléchissant fortement la main et en la mettant dans la pronation exagérée ; l'action du fléchisseur étant ainsi annulée, l'obstacle du sésamoïde disparaît de même.

Corps étrangers du rectum.

M. Lambret, à propos de la pathogénie des corps étrangers du rectum, montre à la Société une pierre à aiguiser longue de vingt-trois centimètres, effilée aux deux extrémités, enlevée chez un ouvrier agricole de 51 ans, entré dans le service de M. FOLET en pleine évolution d'une péritonite due à la perforation du rectum par le corps étranger. L'avulsion a été facile; avec un davier à mors plats, introduit dans le rectum, on enleva facilement la pierre.

A ce propos, M. LAMBRET cite la théorie de DELBET sur l'enclavement des corps étrangers du rectum qui, une fois le sphincter anal franchi, sont maintenus en place par la pression du ligament de CARCASSONNE, de la pointe du coccyx et de l'angle sacro-vertébral. Dans ce cas il est très difficile d'enlever le corps étranger sans avoir recours à de véritables interventions chirurgicales.

P. V.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. PORAT lit l'observation du monstre xiphopage Rosalina-Maria, opéré par M. CHAFOT-PREVOST, de Rio-de-Janeiro.

Société de Chirurgie. — M. TUFFIER. L'anastomose iléo-sigmoïde pour cancer du côlon doit être préférée à l'anus iliaque.

Société médicale des Hôpitaux. — M. BEZANÇON a montré l'existence d'angines aiguës à pneumocoques par la séroréaction agglutinante.

Société de Biologie. — MM. WIDAL, SICARD et RAVANT. Le liquide céphalo rachidien montre des différences notables suivant qu'il vient de sujets atteints de méningite tuberculeuse ou non.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord

Dimanche 21 octobre, s'est tenue à Dunkerque la 41me assemblée générale annuelle de l'*Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord*, sous la présidence du docteur OLIVIER, toujours à son poste malgré son grand âge.

A midi trente la commission administrative, en séance privée, préparait le travail qu'à une heure l'assemblée générale était appelée à ratifier.

Etaient présents : MM. les docteurs OLIVIER, LOOTEN, NOQUET, RICHARD-LESAY, AUSSET et CARLIER, de Lille, DECOOL, d'Hazebrouck, FICHAUX, de Tourcoing, BUISSON, d'Auberchicourt, MAMIER et SOCKEEL, de Douai, LARTISIEN, de Denain, BURY, de Loon-Plage, CANONNE, d'Anzin, DECANTER, de Boeschèpe, LANCRY, VILLETTE, HERBAERT, REUMAUX, MONTEUUIS, DEWÈWRE, de Dunkerque; PASCALIN, de Saint-Pol-sur-Mer, DRANSART, de Dorignies, TRAMBLIN de Bermerain. S'étaient fait excuser MM. DUBAR, SURMONT, COMBEMALE, OUI, BÉAL, de Lille, COUVREUR, de Seclin, VINCENT, d'Armentières, DERVILLE, de Roubaix, ROSSIGNEUX, du Cateau, HUART, de Trélon, CULOT, de Maubeuge, DRANSART, de Somain, VINCENT, de Mouvaux, MANDRON, de Bavai, RYCKELINCK de Rosendael.

*** L'assemblée a d'abord procédé à l'admission des nouveaux membres au nombre de 13. Voici les noms de ces confrères :

Arrondissement de Dunkerque : MM. les docteurs Bouly de Lesdain, Joland, Robert, de Dunkerque, Flouquet, de Malo-les-Bains, Longueval, de Watten.

Arrondissement d'Hazebrouck : M. le docteur Carrez, de Merville.

Arrondissement de Lille : MM. les docteurs Coorewits, Deryckère, Vanverts, de Lille, Debuchy, Decherf, Julien, de Tourcoing.

Arrondissement de Valenciennes : M. le docteur Ollivier, de Wallers.

Dans une allocution très goûtée, M. le président a ensuite donné, au nom de l'Association, un dernier souvenir aux morts de l'année et rappelé les distinctions honorifiques attribuées aux confrères adhérents.

Dix sociétaires ont succombé dans l'année : les docteurs Laigniez, de Douai, Rey et Leroy de Lille, Largillière, de Walincourt, Mahieu, de Tourcoing, Leroy, de Viesly, Debusschère, de Bailleul, Drucke, de Somain, Guyot, de Solesmes, Nutte, de Denain.

En rappelant les nominations de M. le docteur de Lapersonne, de Lille, au grade de *chevalier de la Légion d'honneur*, celles de MM. les docteurs Combemale et Doumer, de Lille, au titre d'*officier de l'instruction publique*, celles de MM. les docteurs Ausset de Lille, Canonne, d'Anzin, Dumont, de Mons-en-Barœul, à celui d'*officier d'Académie*, M. le Président a soulevé les applaudissements de l'assemblée. Puis, dans un rapport très étudié, le sympathique Secrétaire général de l'Association, M. le Docteur Noquet parle des nouveaux statuts de l'Association générale des Médecins de France et de ceux de l'Association des Médecins du Nord. Ces statuts ont été mis en harmonie avec la loi du 1er avril 1898, sur les sociétés de secours mutuels, et il faut noter, à ce propos, un point important. L'Association générale conserve le droit de donner des pensions de 800 fr., de 1000 fr. et même de 1200 fr.

Après un aperçu sur ces statuts, M. Noquet donne quelques détails sur le projet de création d'une caisse indemnité-maladie, caisse qui prendrait le nom d'*Union Médicale indemnité-maladie* et qui pourrait, probablement, fusionner avec une caisse analogue créée, il y a quelques années, par « le Concours Médical ». L'Association générale a aussi l'intention d'établir une caisse de retraites, et se propose, d'ailleurs, d'envoyer prochainement, à toutes les sociétés locales, un projet de statuts concernant cette dernière Caisse et l'*Union Médicale indemnité-maladie.*

M. Noquet fait ensuite constater les progrès incessants de l'Association générale. Dans le courant du dernier exercice, le nombre de ses membres est passé de 8,442 à 8,577, et sa fortune, dont M. Noquet donne le détail, est montée de 2.111.343 fr. 31 à 2.203.743 fr. 50. L'augmentation est, par conséquent, de 92,400 fr. 19.

Les legs et les dons sont toujours nombreux. Parmi les bienfaiteurs, il faut citer le Dr Olivier, Président de l'Association du Nord, qui a donné, pour la seconde fois, 200 fr. à la Caisse des veuves et orphelins.

Grâce à sa belle situation financière, l'Association générale distribuera 137,500 francs de secours, pendant l'exercice 1900-1901. Dix-sept nouvelles allocations annuelles ont été votées par la dernière Assemblée générale des Médecins de France. Quinze de ces allocations sont de 800 francs, deux de 1000 francs. Un membre de l'Association du Nord, atteint d'hémiplégie gauche complète, a obtenu une allocation de 800 francs.

En quittant la partie financière, M. Roquet résume ce qui a été dit, à la dernière Assemblée générale des Médecins de France, sur le *tarif des honoraires des médecins appelés à donner des soins aux victimes des accidents du travail* et, notamment sur le tarif véritablement rationnel, adopté dans la Gironde.

Le Bureau de l'Association générale est en instance, auprès du Ministère de l'Intérieur, pour que le tarif de la Gironde soit appliqué à tous les départements.

Abordant ce qui a trait, plus spécialement, à l'Association du Nord, M. Noquet signale la bonne situation financière de l'Association et rend hommage à l'habile gestion du trésorier, M. Looten, qui a su continuer les bonnes traditions de ses prédécesseurs, MM. Olivier et Pilat.

M. Noquet énumère les secours d'urgence distribués, dans le courant de l'exercice, et finit de la façon suivante : « Je termine, mes chers collègues, en vous remerciant de l'attention que vous avez bien voulu me prêter, et avec l'espoir que ce rapport aura eu, tout au moins, le mérite de vous montrer, une fois de plus, l'utilité de notre belle œuvre, et le dévouement avec lequel notre Conseil général veille sur ses intérêts ».

⁂ Enfin M. le docteur Looten, trésorier, fait l'exposé détaillé de la situation financière. Il énumère les recettes, les dépenses, l'avoir disponible et donne l'état du legs Beaucourt.

L'avoir total est actuellement de 47,327 francs 11, en augmentation de 1.765 fr. 40 sur l'avoir total de 1898.

⁂ Plusieurs décisions sont alors prises par l'Assemblée : 1° Il est voté 3.490 francs de secours pour des veuves, des orphelins et un confrère malheureux ; 2° Il est décidé que 200 francs seront envoyés à la Caisse des veuves et orphelins et 400 francs à la caisse des Pensions viagères de l'Association générale ; 3° Une pension du legs Beaucourt (120 fr.) est attribuée au confrère qui vient d'obtenir de l'Association générale, une allocation annuelle de 800 fr.

La ville de ..... est désignée, avant la fin de la séance, pour être le siège de la 42e réunion de l'Association.

M. Fichaux (de Tourcoing), Vice-Président, faisant res-

sortir l'utilité des syndicats médicaux demande à l'Assemblée d'émettre le vœu que des syndicats soient créés dans les régions du département où il n'en existe pas encore.

Ce vœu est adopté.

Au sortir de la séance, un Banquet réunissait, à 2 h. 1/2, à l'Hôtel du Chapeau Rouge, les membres présents. En voici le menu :

MENU

Consommé aux Perles du Japon
Turbot sauce Hollandaise
Pommes à l'Anglaise
Bouchées Victoria
Filet de Bœuf Périgueux
Poularde à la Toulouse
Epinards aux croûtons
Faisans rôtis sur canapé
Salade de saison
Pâté de Lièvre à la gelée
Glace panachée
Gâteau Jean-Bart
Fruits. — Desserts variés.

Au dessert, MM. Olivier, Reumaux et Canonne portèrent des toasts à la prospérité de l'Association. L'heure du retour sépara seule les confrères qu'avaient réunis cette solennité.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Voici, dans leurs parties essentielles, les instructions relatives aux examens de doctorat en médecine applicables, à partir de la session de juillet 1900, pour le *nouveau régime d'études* du 31 juillet 1893 *seulement* (Décret du 21 juillet 1899; Circulaire ministérielle du 25 juin 1900; Décret du 1er août 1900).

Épreuves. — Ajournements. — Les examens sont divisés en épreuves pratiques et épreuves orales. Les épreuves pratiques sont éliminatoires. En cas d'échec à l'épreuve orale, le bénéfice de l'épreuve pratique demeure acquis. A chaque épreuve, le délai d'ajournement est de *trois mois* au premier échec : à chaque nouvel échec à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois (six mois au deuxième échec, neuf mois au troisième échec, etc...). Il ne peut être accordé d'abréviation qu'au premier échec. Pour l'épreuve pratique de médecine opératoire (1re partie du 3e examen) la durée de l'ajournement est de six semaines, sans progression.

Notes. — Les notes sont exprimées de la façon suivante : Boule blanche, Très bien ; Boule blanche rouge, Bien ; Boule rouge, Assez bien ; Boule rouge noire, Médiocre ; Boule noire, Mal.

Examens à matière unique : Premier examen. — *Epreuve pratique* : Dissection ; *Epreuve orale* : Anatomie, moins l'Anatomie topographique. Troisième Examen, 2e partie. — *Epreuve pratique* : Anatomie pathologique ; *Epreuve orale* : Pathologie générale, Parasites, Animaux, Végétaux, Microbes, Pathologie interne. Cinquième Examen, 2e partie. — Clinique interne (3 juges).

Dans les examens à matière unique est ajourné tout candidat qui a mérité deux boules noires. Deux rouges noires équivalent à une noire. N'est pas ajourné un candidat qui, ayant eu une boule noire avec un interrogateur, obtient une rouge noire avec le second et une rouge avec le troisième.

Examens à matières multiples : Deuxième Examen. — *Epreuve orale* : Histologie (un examinateur) ; Physiologie, y compris la Physique et la Chimie biologique (deux examinateurs). Troisième Examen, 1re partie. — *Epreuve pratique* : Médecine opératoire et Anatomie topographique ; *Epreuve orale* : Anatomie topographique, Pathologie externe, Accouchements. Quatrième Examen. — *Epreuve orale* : Thérapeutique, Matière médicale et pharmacologie (un examinateur) ; Hygiène (un examinateur) ; Médecine légale (un examinateur). Cinquième Examen, 1re partie. — Clinique externe (deux examinateurs) ; Clinique obstétricale (un examinateur).

Tout examen à matières multiples est considéré comme trois examens subis en une seule séance. La boule noire entraîne le refus sur la matière pour laquelle elle a été donnée. Chaque examinateur ne disposant que d'un suffrage, le juge qui interroge sur plusieurs matières établit la moyenne des notes pour fixer la valeur de la boule qu'il attribue. Lorsque le candidat a été ajourné pour une seule matière, l'ajournement est de *six semaines* sans accroissement. Mais lorsqu'il a mérité deux boules noires ou une noire et deux rouges noires, il est ajourné pour l'ensemble de l'examen à trois mois avec accroissement.

Le candidat, ajourné pour une matière, sera placé dans une série d'examen comprenant la matière sur laquelle il a précédemment échoué. Les boules obtenues, pour chaque matière, étant mentionnées au dossier, le jury tout entier décidera de la note à donner pour l'ensemble de l'examen.

En ce qui concerne la thèse, il sera attribué des mentions en se guidant sur l'échelle des notes ci-dessus, qui ne comprend pas, on le remarquera, la note *extrêmement satisfait.*

Nous apprenons avec le plus vif plaisir la nomination du docteur Delezenne, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, aux fonctions de chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris. Ses récents travaux si suggestifs sur le mécanisme intime de l'immunité ont appelé l'attention sur lui, et l'offre ne s'est pas fait attendre d'entrer dans la phalange des savants de la rue Duot. Notre compatriote, l'élève si distingué de notre Faculté de Lille, sera heureux d'apprendre que nous applaudissons tous, à l'*Echo médical du Nord*, à ses succès et aux distinctions qu'ils lui valent.

Un **Concours** s'ouvrira le 29 avril 1901, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Élèves sages-femmes. — Un concours aura lieu le 31 octobre, à 10 heures du matin, à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'attribution de bourses départementales d'externes élèves sages-femmes.

Notre « Carnet »

Le jeudi 25 octobre a été célébré, à Arras, le mariage du docteur Pierre PAQUET, ex-interne des hôpitaux de Lille, avec Mademoiselle Alice HERRENG. Nous adressons à notre jeune et sympathique confrère nos meilleurs souhaits de bonheur.

Distinctions honorifiques

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur*, MM. les docteurs HALLER et TOURNIAL médecins-majors de l'armée, pour leurs services dans l'expédition du Touât.

Est nommé *Officier d'Académie*, M. le docteur LAGARDE, de Vals (Ardèche).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs ROLLIN, de Châtenois (Vosges); BONNEFIN, doyen du corps médical de Bordeaux; CHABRIER, d'Aix (Bouches-du-Rhône); BASSOT, de Lavoulte (Ardèche).

BIBLIOGRAPHIE

Tableaux synoptiques d'Anatomie topographique et chirurgicale, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr BOUTIGNY, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 de 1 6 p., avec 117 fig., cartonné (*Collection Villeroy*). Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris . . . . 6 fr.

L'étude de l'anatomie est la base même de la médecine, ce qui légitime le travail de deux années consacrées à cette branche au début des études médicales. Son enseignement est avant tout un enseignement *pratique*, mais ce qui fait que les étudiants manquent en général leurs préparations, c'est qu'ils vont au hasard du scalpel, sans connaître la région qu'ils étudient ni les organes qu'ils rencontrent.

Il est donc de toute nécessité, s'ils veulent profiter, d'apprendre, chez eux, avant chaque séance, la partie du corps qu'ils dissèquent; malheureusement, les livres classiques sont, pour les débutants, beaucoup trop complets; ils peuvent même rebuter certaines intelligences avides de s'instruire.

Or, s'il y a une branche des sciences médicales susceptible de se plier aux exigences de *Tableaux synoptiques*, c'est assurément l'étude de l'anatomie, une des sciences biologiques qui, par sa constance et son uniformité, se rapproche le plus des sciences abstraites, facilement schématisables. Il est donc permis de compter sur ce caractère de simplicité relative pour en donner une idée d'ensemble.

Ces tableaux n'ont pas d'autre but que d'aider le travail de la médecine en rappelant, à propos de chaque organe, son origine, sa direction, sa terminaison, ses connexions, etc.

Cette idée de mettre la *Médecine* en *Tableaux synoptiques*, a obtenu un grand succès : les premiers volumes, publiés il y a un an à peine, en sont déjà à leur 2e édition. La collection Villeroy comprend déjà des *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, de *Pathologie externe*, de *Thérapeutique*, de *Pathologie générale*, de *Diagnostic*, de *Symptomatologie*, d'*Anatomie* (2 vol.) de *Médecine opératoire*, d'*Obstétrique* et d'*Hygiène*.

Lille. —Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant. Th. CLERQUIN.

N° 199. Quatrième Année. N° 44. Le Numéro : 10 centimes. 4 Novembre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Aphtes et faux aphtes

par le professeur **H. Surmont.**

(Leçon du cours de pathologie interne et expérimentale de la Faculté de médecine de Lille).

Le mot aphte est très ancien dans la langue médicale, puisqu'il se rencontre dans tous les traités de pathologie, depuis HIPPOCRATE jusqu'à nos jours, mais il s'en faut que sa signification soit bien précise dans tous les esprits, et à l'heure actuelle encore ce terme utilisé de façon défectueuse dans le langage médical courant sert à désigner un certain nombre d'états pathologiques qu'il est cependant nécessaire, en bonne nosographie, de bien différencier les uns des autres. On peut dire que le mot aphte a servi à désigner successivement toutes les affections susceptibles de déterminer dans la bouche soit des exulcérations, soit des ulcérations, soit des productions pseudomembraneuses.

Comme ces diverses lésions anatomiques sont susceptibles d'être engendrées par des causes morbides différentes et très nombreuses, on conçoit que le terme d'aphte ait servi à désigner, selon l'étendue qu'on prêtait à sa signification, à peu près toutes les lésions de la cavité buccale.

Depuis quatre-vingts ans, cependant, le mot a été successivement restreint dans son acception, et aujourd'hui, dans le langage courant, on est d'accord pour ne plus donner ce nom d'aphtes qu'aux états morbides dans lesquels on trouve des lésions *vésiculo-ulcéreuses* de la bouche. Or, ces lésions ainsi définies, sont susceptibles d'être engendrées par un certain nombre d'affections d'origines et à évolutions variées, par conséquent demandant à être décrites à part.

Au reste, le mot (qui vient de aphtæ, αφθαι de απτειν, brûler), n'a pas de signification étymologique précise, et demande à être soigneusement défini.

Avant d'entrer dans l'étude des aphtes, il convient d'abord d'éliminer un certain nombre de lésions exulcéreuses ou ulcéreuses de la bouche qui sont encore confondues avec les aphtes par quelques auteurs, et par beaucoup de praticiens. Cette confusion constitue une des obscurités de la question.

En tête de ces états pathologiques, se trouvent les aphtes de BEDNAR, ou aphtes de VALLEIX. Les aphtes de BEDNAR ne sont pas des aphtes.

On désigne sous ce nom des ulcérations qui s'observent sur le palais du nouveau-né, siègent symétriquement à droite et à gauche de la ligne médiane au niveau de la partie postérieure de la voûte palatine vers le bord alvéolaire. Ces ulcérations sont

ordinairement de forme ronde ou elliptique, parfois à bords nets, comme taillés à l'emporte-pièces.

Elles ont été décrites en France par Parrot, sous le nom de *plaques ptérygoïdiennes* ; elles se voient principalement chez les nourrissons athrepsiques, ce sont de véritables eschares de décubitus dont la pathogénie est très simple. Si l'on examine la voûte palatine d'un nourrisson, on voit que la partie postérieure de la voûte palatine, à hauteur de l'extrémité du rebord alvéolaire, présente une teinte plus pâle que celle du reste de la muqueuse : cette teinte plus pâle, due à une anémie relative de la muqueuse à ce niveau, correspond exactement à la saillie que forment à cet endroit les apophyses ptérygoïdes. Pendant la succion, ou à l'ouverture de la bouche, la muqueuse tendue sur l'os est encore anémiée davantage par la tension du ptérygo-maxillaire (Epstein) qui descend du crochet des apophyses ptérygoïdes vers le maxillaire inférieur ; de plus, la compression de la langue se fait sentir à cet endroit plus fortement que sur le reste de la voûte palatine et l'on comprend dès lors facilement que, lorsque la muqueuse est en mauvais état de nutrition, comme dans tous les états cachectiques, elle s'ulcère facilement au niveau d'un point où normalement sa nutrition est moins bonne et la pression plus forte. L'agent responsable de cette ulcération était dans quatre cas de Brindeau le streptocoque, une fois pur et trois fois associé au staphylocoque (*Soc. d'obstétriq. de Paris*, 26 Nov. 1899).

Parfois l'exulcération ne reste pas localisée et l'on voit une grande partie de la muqueuse de la voûte palatine se couvrir jusqu'au raphé médian de petites ulcérations arrondies, qui peuvent devenir coalescentes et s'étalent alors comme les ailes d'un papillon, en s'étendant du raphé médian au rebord alvéolaire du maxillaire supérieur. On conçoit combien ces ulcérations sont une gêne pour la succion et pour la déglutition, et comment elles peuvent faire courir le plus grand danger au nourrisson déjà anémié.

Le meilleur traitement consiste à faire un badigeonnage local avec une solution légère de nitrate d'argent à 1 °/₀ par exemple ou à 1/80. Cette cautérisation a l'avantage de couvrir les terminaisons des nerfs sensibles mises à nu, et de diminuer ainsi beaucoup la sensibilité de l'ulcération, tout en en permettant la guérison.

Une autre lésion qui est souvent confondue avec les aphtes de Bednar, et qui pas plus que ceux-ci ne ressemble aux aphtes véritables, est constitué par les *perles épithéliales* de la voûte palatine ou *milium*, qui ont été décrites en France par Guyon et Thierry, sous le nom de *kystes épidermoïdes* (1).

D'après Guyon et Thierry, il s'agirait de petits kystes développés dans les conduits excréteurs des glandes muqueuses et contenant des cellules épithéliales aplaties, lamelleuses, semblables à celles de la bouche. D'après Epstein, ce seraient de petites *lacunes congénitales* de la muqueuse remplies de masses épithéliales (cité par Baginsky, trad. franc., t. 88, p. 327).

Comme les aphtes de Bednar, cette lésion ne se voit que *chez les enfants tout petits, n'ayant pas plus de huit à dix mois.*

Si on examine la voûte palatine des enfants nouveau-nés, on trouve, de chaque côté, une ou plusieurs granulations, de volume d'une tête d'épingle environ, analogues aux granulations jaunâtres que l'on rencontre fréquemment sur la peau du front et du nez chez le nouveau-né.

Il peut arriver quelquefois, particulièrement chez les enfants élevés au biberon, et dont l'hygiène buccale n'est pas assez surveillée, que ces petits grains de milium s'exulcèrent et laissent à leur place de petits cratères arrondis, capables d'en imposer quelquefois pour des aphtes ulcérés. Ces lésions peuvent déterminer une gêne assez notable dans l'alimentation chez l'enfant lorsqu'elles ne sont pas reconnues ; le nitrate d'argent est le meilleur moyen de les traiter, en l'associant bien entendu à une hygiène buccale convenable. Dans ces conditions la guérison ne se fait pas attendre.

Ainsi donc, les aphtes de Bednar et les kystes épidermoïdes ne sont pas des aphtes à proprement parler. Ce sont des ulcérations de la bouche, que leur forme habituellement arrondie et leurs dimensions restreintes ont fait comprendre dans les aphtes, alors que ce mot avait une signification confuse. Ces termes doivent être aujourd'hui complètement laissés de côté, et ceux de plaques ptérygoïdiennes, de milium, de kystes épidermoïdes exclusivement employés à leur place, au grand bénéfice de la clarté du langage et de la vérité nosographique.

Les affections dont il vient d'être question ne peuvent être confondues qu'avec des aphtes ulcérés, bien que les caractères distinctifs soient, nous l'avons vu,

(1) F. Guyon et Thierry. Arch. de physiologie, 1869).

tellement nets, qu'un examen attentif doive toujours rendre le diagnostic facile. Celles dont nous allons parler maintenant sont, comme les aphtes vrais, véritablement vésiculo-ulcéreuses et ainsi prêtent beaucoup plus facilement à la confusion, à tel point qu'il faut bien reconnaître qu'en pratique la confusion est faite couramment. L'erreur est cependant facile à éviter, car ces affections ont des caractères très différents les uns des autres, étant, les unes fébriles et les autres apyrétiques, les unes accompagnées de phénomènes généraux graves, et les autres réduites à l'état de simples lésions locales, les unes contagieuses et les autres non contagieuses, les unes infectieuses et les autres diathésiques,

Symptomatologie. — Avant d'aborder la question de la différenciation de ces types morbides, il importe d'en fixer les caractères cliniques généraux.

Ces diverses affections sont :

1. La stomatite herpétique ; 2. l'herpès récidivant buccal ; 3. le zona buccal ; 4. les aphtes proprement dits qui peuvent présenter des formes diverses.

Stomatite herpétique. — Ce n'est pas ici le moment d'entamer une discussion sur la nature de la fièvre herpétique et de prendre parti, soit pour ceux qui la regardent comme une infection spécifique bénigne analogue aux fièvres éruptives et remarquable surtout par la facilité des récidives, soit pour ceux qui la considèrent comme une forme anatomo-clinique banale de la réaction, de certains organismes à diverses infections atténuées. Il nous suffit ici de définir la stomatite herpétique, la localisation sur la bouche de la fièvre herpétique. Cette localisation peut être unique ou s'accompagner d'éruptions concomittantes sur la gorge, les lèvres, ou les organes génitaux, éruptions dont l'apparition fait le diagnostic, mais dont il faut savoir l'absence possible pour reconnaître en temps la maladie.

La stomatite herpétique est une affection assez fréquente. Elle peut s'observer à tout âge, mais particulièrement chez l'enfant qui y paraît plus exposé vers l'âge de quatre ou cinq ans. C'est de beaucoup la plus fréquente des stomatites de l'enfance (Comby). Elle peut être soit primitive, soit secondaire à une autre affection : rougeole, scarlatine, etc....

Comme les autres manifestations herpétiques, l'herpès de la bouche est d'abord marqué par l'existence pendant deux ou trois jours de phénomènes généraux : fièvre, état saburral, excitation nerveuse, particulièrement chez les enfants ; puis vers le troisième jour au plus tard, l'attention est attirée vers la bouche par la difficulté à ouvrir les mâchoires, à déglutir, par une salivation abondante. A l'inspection, la bouche est le siège d'une stomatite érythémateuse plus ou moins intense, plus ou moins généralisée, formant le fond sur lequel l'éruption va bientôt se dessiner sous forme de petites vésicules arrondies, soit isolées, soit le plus souvent agminées, atteignant chacune la dimension d'une tête d'épingle environ. Les vésicules crèvent rapidement et sont remplacées par des ulcérations superficielles, arrondies, dont le fond est recouvert d'une petite fausse membrane grisâtre, à aspect pultacé.

En certains points ces ulcérations deviennent confluentes et forment des surfaces polycycliques recouvertes d'un exsudat, qui, au premier abord, simule assez bien la diphtérie, mais dont le diagnostic est facilité généralement par ce fait que les diverses plaques éruptives ne sont pas du même âge et qu'à côté des plaques pseudo-membraneuses on peut ou bien voir d'autres où la vésiculisation est encore très nette, ou bien trouver des exulcérations isolées, ayant gardé à leur pourtour une petite collerette épithéliale, débris du toit de la vésicule, ou même des vésicules intactes encore plus faciles à caractériser.

Les phénomènes habituels de toute stomatite : gêne de la déglutition, bavage plus ou moins accentué suivent une marche parallèle à celle de l'éruption sans arriver habituellement à un degré extrême. Le plus souvent il n'y a pas d'adénopathie concomitante, elle est en tous cas, quand elle existe, toujours très modérée ; les douleurs accompagnent l'éruption tout le temps de l'affection jusqu'à cicatrisation complète suivant la marche de la lésion locale. Une fois l'éruption faite, la fièvre tombe, les ulcérations se détergent, la salivation diminue, et en quelques jours la cicatrisation s'opère. De sorte que le pronostic de l'affection est habituellement bénin.

Pourtant lorsque l'affection est confluente ou la maladie secondaire à une autre infection, la marche des accidents est un peu plus lente et la gravité plus grande.

Herpès récidivant buccal. — En dehors des lésions herpétiques que nous venons de décrire, véritable fièvre herpétique à localisation buccale, on observe d'une façon très fréquente chez certaines personnes de petites exulcérations buccales, consécutives à des vésicules fugitives, dont l'apparition est, dans des

circonstances exceptionnelles, accompagnée de fièvre ou plutôt d'un état subfébrile. C'est à ces lésions que le public et beaucoup de médecins donnent par erreur le langage courant les noms d'aphtes simples, nom impropre à notre avis, et qui doit être remplacé par celui d'*herpès récidivant buccal*.

Ces lésions sont caractérisées par l'apparition dans la bouche de vésicules bientôt érodées qui sont, ou isolées, et alors petites, miliaires, de la dimension d'une tête d'épingle, rarement d'une lentille, ou agminées en petits foyers confluents atteignant de plus grandes dimensions, mais alors sinueuses, irrégulières, à bords polycycliques et microcycliques et non régulièrement arrondis. A cette éruption buccale se borne, dans la grande majorité des cas, la maladie dont un des caractères essentiels est de réapparaître très fréquemment chez les mêmes personnes et sous l'influence des mêmes causes banales.

La localisation la plus habituelle de l'éruption est de beaucoup le bord de la langue, puis viennent la face interne des lèvres, surtout de la lèvre inférieure, le sillon gingivo-labial. La vésicule fait bientôt place à une petite exulcération superficielle qui d'abord garde sur les bords les débris de la vésicule crevée sous forme d'une petite collerette blanchâtre : puis tout le fond de l'exulcération se recouvre d'un exsudat grisâtre qui se déterge en quelques jours. La vésicule d'herpès est le siège d'une vive cuisson particulièrement au moment des repas, surtout lors de l'absorption de mets salés ou acides de vin, de liqueurs, sous l'influence de la fumée de tabac, etc. L'éruption est précédée d'une sensation locale de cuisson ou même de douleur que reconnaissent bien les habitués de l'herpès buccal et qui est bientôt suivie de l'apparition d'une plaque rouge au niveau de laquelle se fait l'éruption. L'herpès récidivant buccal a d'ordinaire chez chaque individu sa localisation préférée. Si vous interrogez les malades sur les dates d'apparition de ces ulcérations, beaucoup vous diront qu'ils sont sujets à ces prétendus aphtes depuis leur enfance et qu'à des intervalles variés ils les voient réapparaître sous l'influence de causes occasionnelles identiques, et souvent insignifiantes d'apparence, par exemple chez certaines femmes à l'époque menstruelle ou bien encore chez d'autres l'ingestion de certains aliments, particulièrement les noix, des excès de tabac, de table, etc. Il est des cas enfin où l'influence provocatrice est difficile à déterminer.

L'herpès récidivant buccal se montre fréquemment chez les sujets ayant eu la syphilis. Beaucoup de malades se croient atteints de plaques muqueuses à répétition qui sont tout simplement sujets à des poussées d'herpès.

Cette affection doit être considérée comme de même nature que l'herpès récidivant du prépuce ou de la vulve si fréquent chez certains sujets.

Zona buccal. — Une autre affection vésiculeuse de la bouche qui est le plus souvent aussi confondue avec les aphtes, c'est le zona buccal. Le zona buccal. dont on peut décrire deux variétés, l'une buccopalatine, l'autre bucco-linguale, est une affection beaucoup plus rare que les précédentes ; comme les autres zonas il présente comme caractère d'être limité à un territoire nerveux déterminé, qui est ici celui des rameaux terminaux de la deuxième ou de la troisième branche du trijumeau dans la bouche.

L'éruption dans ce cas est unilatérale, comme cela est de règle dans tous les zonas, pourtant elle peut être exceptionnellement double ainsi que Lermoyez en a publié dernièrement un exemple remarquable.

Lorsque l'éruption est limitée aux rameaux terminaux de la deuxième branche du trijumeau, elle atteint le palais, le voile du palais, les gencives et les joues. *respectant l'amygdale*, c'est la variété qu'on peut appeler bucco-palatine ; quand elle répond aux rameaux terminaux du nerf buccal venant de la troisième branche, elle siège sur le tiers antérieur de la langue et les régions voisines du plancher de la bouche et des gencives, variété bucco-linguale.

Sa durée, d'ordinaire assez longue, est habituellement d'une vingtaine de jours ; il ne récidive pas.

Quand le zona buccal prend des filets plus nombreux des nerfs maxillaires supérieur ou inférieur, on peut observer, dans la variété bucco-palatine, quelques vésicules cutanées sur la lèvre supérieure, l'aile du nez, la joue et même la paupière inférieure, dans la variété bucco-linguale sur la lèvre inférieure, le menton et quelquefois le lobule de l'oreille et le conduit auditif externe.

Le zona buccal a généralement un début insidieux, une étiologie fort obscure ; les phénomènes généraux manquent, mais l'éruption est précédée de douleurs parfois fort vives qui s'atténuent ou disparaissent au moment de l'apparition des vésicules à l'inverse de celles de la stomatite herpétique qui s'exaltent au moment de l'apparition de l'éruption et durent jusqu'à

la fin. En résumé, on peut observer dans la bouche, comme ailleurs, du zona. Ce zona peut prendre soit les branches du maxillaire supérieur (variété bucco-palatine), soit les branches du maxillaire inférieur (variété bucco-linguale). Le zona présente dans la bouche les caractères cliniques habituels et peut, avec suffisamment d'attention, être facilement séparé des autres affections vésiculo-ulcéreuses de la région.

Aphtes proprement dits. — Les aphtes proprement dits sont rares et c'est là une notion qu'il faut avoir bien présente à l'esprit, pour ne pas poser ce diagnostic à tout propos et surtout hors de propos.

Les aphtes sont transmis à l'homme par les animaux domestiques. Nocard et Leclainche définissent la fièvre aphteuse « une maladie virulente contagieuse et inoculable, caractérisée cliniquement par un état fébrile initial, suivi d'une éruption vésiculeuse en certains points des téguments. L'éruption se fait sur les muqueuses apparentes de la bouche principalement, et dans les endroits où la peau est peu épaisse et vasculaire, entre les ongles, à la mamelle. »

Les bovidés, le porc puis le mouton et la chèvre sont au sommet de l'échelle de réceptivité pour la fièvre aphteuse. Viennent ensuite beaucoup d'autres espèces herbivores rares dans nos pays, ou sauvages. La transmission spontanée au cheval reste douteuse. La contamination spontanée du chien et du chat est insuffisamment démontrée, mais possible expérimentalement par injection sous-cutanée. L'homme possède vis-à-vis de la fièvre aphteuse une réceptivité non douteuse mais moyenne.

La fièvre aphteuse ou cocotte se présente chez les bovidés sous des types cliniques différents suivant le siège de l'éruption et la gravité de l'évolution morbide. Elle sévit habituellement sous forme d'épizooties. Même dans la forme bénigne, la maladie cause aux cultivateurs une perte sensible par la diminution ou la suppression de la sécrétion lactée, les complications locales ulcéreuses ou gangréneuses des éruptions, la mammite, la chute des ongles, etc.

Les formes graves sont dues soit à la localisation des éruptions sur les muqueuses profondes respiratoires ou digestives, soit à une intoxication rapide et profonde de l'organisme (forme apoplectique). Les animaux peuvent alors succomber en quelques heures.

Chez l'homme, probablement à cause de la réceptivité moindre de l'espèce humaine, la maladie se borne habituellement à quelques phénomènes généraux et à la stomatite.

Dans la bouche, les aphtes proprement dits se distinguent des autres éruptions vésiculeuses dont nous avons parlé jusqu'à présent, par ce fait fondamental que l'élément éruptif est généralement plus grand, de la dimension d'un grain de chènevis ou d'une lentille par exemple, et que l'éruption se fait par une vésicule discrète, arrondie, restant isolée, ne formant pas de groupes comme l'herpès. Ces caractères sont assez précis, mais à un examen superficiel les dispositions polycycliques des bords de l'ulcération herpétique peuvent échapper, et l'erreur est assez facile à commettre.

L'éruption buccale est habituellement discrète, limitée à quelques éléments isolés, 8 ou 10 au maximum, siégeant à la surface interne des lèvres, surtout de la lèvre inférieure, sur le frein et les bords de la langue, sur les gencives, sur le palais. L'éruption est précédée par de la sécheresse de la bouche, qui s'accompagne d'une légère cuisson et souvent d'une salivation exagérée. A ce moment apparaissent en quelques points isolés de la muqueuse des plaques rouges (1) d'une sensibilité extrême ; sur ces plaques, en leur centre apparaît une vésicule (2) opaline, discrète, isolée, atteignant en quelques heures la dimension d'un grain de chènevis, puis se rompant pour donner naissance à une ulcération superficielle, taillée en pente douce dans les tissus, à fond régulièrement excavé en une petite cupule sphérique régulièrement circulaire, sauf lorsqu'elle siège en certains points spéciaux comme le bord de la langue par exemple. L'ulcération est couverte d'un exsudat jaune beurre frais tout-à-fait caractéristique, d'après G. Worms et, au moins dans les premiers jours, cerclée d'un bord rouge légèrement surélevé. L'ulcération se cicatrise complètement en quatre ou cinq jours.

L'éruption s'accompagne, comme toute stomatite, de salivation exagérée, de gêne dans la mastication, la déglutition, la succion. Les aphtes sont généralement à peine douloureux. Leur sensibilité s'exagère au contact des aliments et des boissons. Rarement l'inflammation locale est plus vive et s'accompagne de retentissement ganglionnaire.

(1) Chez les animaux, les plaques sont assez souvent ecchymotiques, chez l'homme elles le sont rarement.

(2) Nous verrons plus loin que pour un certain nombre d'auteurs il ne s'agirait pas d'une vésicule vraie, c'est-à-dire donnant par piqûre un écoulement liquide, mais d'un soulèvement de l'épithélium par un exsudat fibrineux coagulé.

La durée de la période d'incubation des aphtes chez l'homme est mal élucidée jusqu'ici et peut varier de trois à huit jours ; chez les animaux elle est de deux à six jours en moyenne, avec minimum de 36 heures et maximum de quatorze jours. D'après les résultats expérimentaux, elle serait de trois jours chez les bovidés, de cinq jours chez le porc, de six jours chez le mouton (LEISTIKOFF, cité par NOCARD et LECLAINCHE). L'éruption buccale est précédée de quelques jours de fièvre continue qui habituellement diminue ou disparaît avec elle. Les phénomènes généraux sont habituels, même dans les formes discrètes. Dans les formes cohérentes, les phénomènes généraux deviennent beaucoup plus graves et les lésions locales peuvent prendre une importance beaucoup plus grande.

Les ulcérations peuvent s'étendre, devenir gangréneuses et les lésions locales peuvent aller jusqu'à la perte de la langue ou d'une partie de cet organe. Mais ce sont là des lésions exceptionnelles qui n'ont été rencontrées que dans certaines épidémies dans lesquelles le germe paraissait avoir une virulence renforcée, telle l'épidémie qui a sévi en 1893 dans les environs de Berlin et a été le point de départ des travaux de SIÉGEL. Dans une autre forme, rare également, l'éruption ne se localise pas à la muqueuse buccale seulement, elle se généralise à une surface cutanée plus ou moins grande et l'on pourrait observer des éruptions difficiles à différencier de la varicelle. Dans cette forme dont l'existence ne paraît pas douteuse, et qui est une véritable fièvre éruptive aphteuse, la différenciation avec la varicelle, particulièrement avec la varicelle gangréneuse, ne peut guère se faire que par la notion étiologique.

On observerait encore particulièrement, chez les valets de ferme, une autre forme cutanée, aphtes professionnels par inoculation, où l'éruption débute au niveau d'une écorchure, soit aux doigts, soit au tronc, soit en un point quelconque des membres. L'infection de la bouche est, dans ces cas, consécutive à l'éruption cutanée et due à une auto-inoculation. Cette forme est généralement bénigne.

D'après TESSIER et ROQUE, il existerait une forme prolongée durant huit à dix semaines où l'éruption se ferait par poussées successives ; cette forme serait généralement bénigne, mais son existence ne me paraît pas absolument démontrée et elle me paraît n'être autre chose que de l'herpès récidivant prolongé.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la fièvre herpétique, celles de l'herpès récidivant, du zona, de la fièvre aphteuse paraissent dues à un processus histologique analogue, sinon identique, ce qui n'est pas pour nous étonner, aujourd'hui que nous savons de façon certaine que la même lésion anatomique peut se retrouver dans des états pathologiques d'origine différente, particulièrement quand il s'agit des lésions superficielles des muqueuses.

Les premiers auteurs qui ont étudié la stomatite aphteuse avaient placé le siège de cette lésion dans les follicules si nombreux dans la muqueuse buccale, en particulier dans certaines régions, comme la face postérieure des lèvres. Cette opinion était celle de VAN SWIETEN, BICHAT, BILLARD, RILLIET et BARTHEZ, BAMBERGER (1) ; aussi le nom de stomatite folliculeuse a-t-il été un certain temps employé comme synonyme de celui de stomatite aphteuse. L'origine non folliculaire de la lésion et son siège purement épithélial ont été démontrés par les auteurs qui en ont fait une étude microscopique, en particulier par DAMASCHINO.

On sait qu'il existe deux modes histologiques principaux de vésiculation de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. Dans le premier, qu'on pourrait appeler intercellulaire, on voit les cellules épithéliales des couches profondes du corps muqueux de MALPIGHI se gonfler puis s'entourer d'un liquide d'exsudation dans lequel elles baignent isolées les unes des autres jusqu'au moment où la résistance et la vitalité des couches superficielles étant épuisées le toit de la vésicule se rompt et transforme celle-ci en une exulcération. Les papilles sous-jacentes à la région malade sont turgescentes... Dans le second mode de vésiculation, qu'on pourrait appeler intracellulaire, il se forme autour du noyau des cellules malpighiennes une exsudation qui, en s'accroissant, leur donne l'aspect de cellules végétales ; ces cavités cellulaires se fondent ensuite les unes sur les autres par suite de l'effondrement des parois, et l'altération cavitaire, selon la dénomination de LELOIR, arrive ainsi à la production de vésicules et d'exulcération consécutives.

Il semble, d'après la description de DAMASCHINO et des classiques, que c'est le premier mode de vésiculation qui intervienne dans les affections dont nous nous occupons ici. Toutefois il importe de faire remarquer que dès 1864 WORMS notait qu'il était impossible d'obtenir du liquide par la piqûre des aphtes, et à la

(1) D'après BAMBERGER la lésion était folliculaire chez l'adulte, à la fois folliculaire et circum-folliculaire chez l'enfant. (Cité par DAMASCHINO, *maladies des voies digestives*, p. 12.)

lecture de son mémoire il semble que les cas visés par lui correspondent à l'herpès récidivant buccal (*Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 41) et que d'après Bohn dont les recherches histologiques sur les lésions buccales sont restées classiques en Allemagne, il n'y aurait pas dans l'aphte de vésicule proprement dite et qu'on ne peut en faire sortir de liquide en piquant la prétendue vésicule avec une aiguille. La lésion serait due à l'exsudation entre les couches épithéliales superficielles et moyennes d'un exsudat fibrineux jaunâtre se montrant au microscope comme composé de fines fibrilles englobant des cellules rondes. Frankel (cité par Baginsky, p. 332) range cette affection dans la catégorie des pseudo-diphtéries et n'admet pas l'intégrité de l'épithélium.

En réalité, malgré les travaux que nous venons de citer, l'histologie fine des lésions des aphtes et des faux aphtes est à refaire, et l'anatomie ne peut jusqu'ici fournir d'éléments utilisables à la dissociation des différents types morbides. Toutefois, si la lésion élémentaire elle-même n'est pas bien différenciée au point de vue de l'histologie fine, il n'en reste pas moins établi que les aphtes proprement dits se distinguent des éruptions d'herpès par un certain nombre de caractères microscopiques et en particulier par ce fait que la lésion élémentaire est isolée et plus large, atteignant souvent la dimension d'une lentille, dimension qui n'est atteinte dans le zona ou l'herpès que par la fusion de plusieurs éléments primitifs.

Etiologie et Pathogénie. — Nous avons vu que les aphtes vrais, assez peu distincts au point de vue de la lésion anatomique de l'herpès récidivant, de la stomatite herpétique et du zona, s'en différencient nettement au point de vue clinique. Au point de vue étiologique la distinction est plus évidente encore. Les *aphtes proprement dits* ont en effet une étiologie bien nette. Ils sont toujours en rapport avec la fièvre aphteuse des bovidés ou cocotte et la difficulté de trouver dans un cas soupçonné d'aphte l'origine animale de la contamination doit suffire à inspirer des doutes sur la légitimité du diagnostic et engager à rechercher, par un examen plus approfondi, s'il ne s'agit pas d'herpès ou de zona.

C'est par le lait des bovidés que la maladie se transmet habituellement à l'homme, particulièrement aux enfants ou aux malades soumis au régime lacté qui consomment ce liquide sans ébullition préalable. Il n'est pas encore absolument démontré que le beurre transmette le mal, mais le fait est fort probable. Le lait n'est contaminé que lorsqu'il existe une éruption aphteuse sur les trayons. Ce n'est pas par la voie sanguine mais secondairement au moment du trayage que le germe arrive dans ce liquide. Nocard a même démontré qu'en prenant les précautions antiseptiques rigoureuses requises on pouvait recueillir directement dans les canaux galactophores un lait non contaminé chez des bêtes présentant une éruption sur le pis. Toutefois il ne faut pas oublier que la mamelle est un lieu d'élection pour l'éruption et qu'en pratique il est impossible de traire un animal sans déchirer les vésicules situées sur les trayons ou dans leur voisinage.

La transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par le lait, vue dès 1763 par Sagar, démontrée expérimentalement par Rayer en 1843, par Herwig, Mann et Wilhem en 1844, mise hors de doute depuis lors par un certain nombre d'observations absolument probantes, n'a été véritablement vulgarisée en France que depuis les travaux de Delest (1881), David (1887), Proust (1888), Pèbre (1894).

Les recherches faites pour isoler l'agent pathogène de cette maladie ont échoué jusqu'ici. Les bactéries ou protozoaires multiples incriminés jusqu'ici par différents auteurs ont toujours vu leur vogue éphémère disparaître au souffle de la critique, et les expériences de contrôle ont toujours été défavorables à leur spécificité. En présence de ces incertitudes persistantes, et dans le but de trouver si possible un remède contre cette redoutable maladie qui frappe chaque année de pertes considérables l'agriculture allemande, le gouvernement de l'empire a institué, il y a trois ans, une Commission de vétérinaires et de bactériologistes chargée d'étudier la question. D'après les notes préliminaires publiées par le professeur Lœffler, on peut espérer un résultat prochain... Le virus de la fièvre aphteuse se distinguerait des microbes connus jusqu'à ce jour par une ténuité telle qu'il pourrait traverser les filtres en porcelaine. Lœffler n'a pu encore cultiver le microbe, mais il a pu reproduire la maladie par des inoculations en série et même a réussi des tentatives d'immunisation.

La *stomatite herpétique*, localisation buccale de la fièvre herpétique, est plus rare chez l'adulte dans sa forme isolée et pure que l'angine herpétique si bien connue des médecins, depuis Gubler, Lasègue et Trousseau.

L'étiologie et la pathogénie de la stomatite herpé-

tique se ramènent à celles si discutées de la fièvre herpétique elle-même ? S'agit-il d'une infection autonome, ainsi que tendraient à le faire croire l'apparence spécifique de l'appareil symptomatique avec son début brusque, tumultueux, sa céphalée intense, sa température élevée, l'apparition de l'éruption au moment de l'acné fébrile, le troisième jour généralement, l'apparence spécifique de la lésion, la généralisation possible de l'éruption au tronc et même aux membres ? S'agit-il, au contraire, d'une réaction spéciale d'un terrain prédisposé vis-à-vis d'un certain nombre d'intoxications ou d'infections ? C'est cette deuxième hypothèse qui paraît à l'heure actuelle rallier le plus grand nombre de partisans. Elle a pour elle l'apparition secondaire considérée même autrefois comme critique de l'herpès, au cours d'un grand nombre d'infections (pneumonie, méningite cérébro-spinale, fièvre typhoïde, grippe...) ou d'intoxications, tel le cas intéressant d'herpès généralisé, symétrique, consécutif à une intoxication par les moules crues, publié récemment par M. Rendu (Revue médicale des hôpitaux, 13 octobre 1899, p. 775 des bulletins). Cette opinion a également pour elle les résultats des recherches bactériologiques faites sur les vésicules de l'herpès des lèvres, de la bouche et du pharynx, où l'on a trouvé des microbes variés : staphylocoque (Girode), pneumocoque (Rendu, Boulloche et Netter), bacille de Lœffler (Dieulafoy, Kelsch, Huchard, Martin, Gougenheim, etc....) et d'autres encore.

Tous les microbes qui vivent à l'état habituel sur nos muqueuses sont vraisemblablement capables de prendre à l'occasion la virulence nécessaire pour produire la vésicule, lésion de réaction banale et non spécifique, comme on serait tenté de le croire au premier abord. C'est dans les cas où le mécanisme qui relève d'une façon passagère la virulence des germes ou affaiblit la résistance de l'organisme n'apparaît pas clairement que la stomatite herpétique devient une affection d'apparence protopathique et a pu être décrite à part.

L'*herpès récidivant* présente un certain nombre de caractères étiologiques intéressants à mettre en vedette. D'abord sa tenacité à reparaître d'une façon incessante chez certaines personnes ; en second lieu sa localisation habituelle en certains endroits précis toujours les mêmes chez le même malade, par exemple la pointe de la langue, un endroit précis de son bord, de la lèvre, etc... en troisième lieu l'influence pathogénique évidente de causes le plus souvent insignifiantes en apparence, variables selon les individus, mais toujours agissantes chez les mêmes sujets.

L'herpès récidivant buccal se rencontre habituellement chez des individus de tempérament arthritique, surtout chez ceux qui présentent des troubles digestifs divers. Chez ces sujets il apparaît tantôt à la suite de sollicitations locales, comme l'ingestion des mets épicés ou trop brûlants, les abus de tabac, de vin, de noix, de salaisons, etc., tantôt sous des influences générales et l'une des plus connues est la menstruation. On peut en rapprocher la constipation qui, chez certaines personnes, a une influence non douteuse.

L'étiologie de l'herpès récidivant buccal est donc en tous points analogue à l'étiologie des autres herpès récidivants et particulièrement de l'herpès génital : ce qui achève de démontrer l'analogie qui existe entre les deux états, c'est qu'il y a des cas où l'herpès génital alterne avec l'herpès buccal.

Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur ce point.

La pathogénie de l'herpès récidivant buccal n'est pas absolument élucidée. L'influence du terrain n'est pas douteuse. Ne fait pas de l'herpès qui veut et à cet égard l'influence de l'arthritisme, voire même de l'hérédité arthritique, ne paraît pas douteuse. Mais la question de terrain une fois mise à part, quelle est la cause occasionnelle qui fait éclore les vésicules. Ici les opinions varient : les uns considèrent l'herpès récidivant comme l'indice d'une infection buccale atténuée mais persistante, à l'affut de la moindre faiblesse dans la défense de la barrière épithéliale ; c'est la théorie de Schmidt, de Moure, pour l'herpès récidivant du pharynx (cités par Lermoyez) ; d'autres, frappés de la fixité des points d'éruption, cherchent dans une lésion nerveuse durable de la périphérie ou des centres la raison de l'éruption alors considérée comme de nature zostériforme. C'est l'opinion de Flatau, de Lublinski (cités par Lermoyez) pour l'herpès du pharynx.

Le *zona buccal* est un état pathologique plus rare que les précédents. Comme tous les zonas, il trahit son origine nerveuse par l'unilatéralité des lésions, le zona bilatéral étant une curiosité pathologique, et par sa localisation aux régions renversées soit par la deuxième, soit par la troisième branche du trijumeau. Ses rapports avec la lésion nerveuse causale sont au reste plus ou moins difficiles à mettre en évidence dans chaque cas particulier. Toutes les opinions

émises à propos de l'étiologie et de la pathogénie du zona en général pourraient être exposées ici. Le zona buccal ne présentant à cet égard rien de particulier, nous n'y insisterons pas davantage.

Pronostic, Marche, Durée. — La distinction des diverses affections aphtiformes de la bouche est d'une certaine importance non seulement au point de vue nosographique, mais encore au point de vue du pronostic. Le pronostic, la marche, la durée, sont en effet différents selon les cas.

Comme les autres zonas, le zona buccal n'est pas récidivant non plus que les aphtes. La stomatite herpétique est une affection qui récidive facilement. Quant à l'herpès récidivant, c'est une maladie qui reparaît incessamment et si dans ce dernier cas, toute la maladie se réduit aux phénomènes locaux, il n'en est pas moins ennuyeux d'être sujet à chaque instant à ces petites poussées de lésions herpétiques de la bouche qui nécessitent une surveillance continue de l'hygiène buccale et de l'hygiène générale.

La durée la plus longue appartient au zona buccal qui peut se prolonger plusieurs semaines durant et s'accompagne parfois de douleurs extrêmement vives, particulièrement au début avant l'éruption. La durée de la stomatite herpétique et des aphtes est d'ordinaire d'un septenaire environ. C'est à peu près aussi la durée d'une poussée d'herpès récidivant.

La stomatite herpétique n'a de gravité que lorsqu'elle survient chez un sujet déjà débilité, particulièrement chez un enfant, ou lorsque, mal soigné, elle est le point de départ d'une infection secondaire...

Le zona sans gravité propre n'a que la gravité que lui donne la lésion nerveuse qui le provoque ; sa durée un peu longue peut provoquer cependant une gêne notable dans l'alimentation et par suite être une cause sérieuse d'affaiblissement.

Quant aux aphtes proprement dits, leur pronostic est variable selon les formes : parfois ils peuvent, ainsi que nous l'avons vu, rester à l'état d'éruption discrète, avec quelques phénomènes généraux peu importants, parfois au contraire, ils peuvent s'accompagner de phénomènes généraux graves et même mortels, ainsi que le fait a été observé par SIEGERS dans l'épidémie déjà citée qui a fait l'objet d'une discussion à la Société de médecine interne de Berlin (1893).

Diagnostic. — Après l'exposé fait précédemment des caractères cliniques, anatomiques et étiologiques des aphtes et des faux aphtes, le diagnostic nous en sera facile.

Nous laisserons de côté immédiatement les aphtes de BEDNAR ou de VALLEIX, ou plaques ptérygoïdiennes de PARROT et les grains de milium, qui sont, non des affections vésiculo-ulcéreuses, mais des ulcérations vraies difficiles à confondre, à moins d'un examen tout à fait superficiel, avec le groupe d'affections que nous étudions en ce moment.

Au groupe des ulcérations appartiennent aussi la *tuberculose buccale* qui produit des pertes de substances irrégulières, profondes, à évolution lentement progressive, avec, sur les bords, ainsi que l'a montré TRÉLAT, des tubercules à divers états de développement. Il n'y a là rien qui ressemble à des vésicules ulcérées. On peut dire la même chose des ulcérations buccales dues au *lupus*, à la *lèpre*, à *l'épithélioma*, à la *syphilis primaire* ou *tertiaire*.

Il est inutile aussi de s'appesantir sur les caractères différentiels de la stomatite *ulcéro-membraneuse*, du *muguet*, des stomatiques *pseudo-membraneuses* diphtériques ou pseudodiphtériques ; la confusion n'est plus possible à notre époque où l'enquête diagnostique doit s'aider non seulement des signes cliniques extérieurs mais en ces questions encore et surtout de l'examen microscopique.

Les seules affections qui méritent véritablement d'être retenues à cet endroit sont la stomatite impétigineuse et la varicelle chez l'enfant : l'hydroa buccal et les plaques muqueuses chez l'adulte.

L'impétigo est une affection cutanée banale, due habituellement au staphylocoque (SEVESTRE, GASTOU) quelquefois aussi au streptocoque (GRIFFON, BALZER). L'impétigo est susceptible de s'inoculer aux muqueuses dermo-papillaires, particulièrement à la bouche, soit grâce aux mouvements de la langue chez les enfants qui ont des lésions circum-buccales et l'habitude de les lécher, soit à la suite de l'introduction dans la bouche de doigts chargés de microbes par un grattage antérieur.

La stomatite impétigineuse est donc, dans la règle, une maladie d'auto-inoculation. Aussi est-elle toujours vestibulaire, c'est-à-dire limitée au pourtour des lèvres ; les pustules circulaires et isolées comme les aphtes ont de 2 à 10mm de diamètre. Les plus petites ressemblent beaucoup aux aphtes. Les pustules ont souvent un aspect diphtéroïde, d'où le nom de stoma-

tite diphtéroïde à staphylocoques donné par SEVESTRE et GASTOU. Mais on ne peut obtenir de fausse membrane vraie détachable de l'ulcération et l'examen bactériologique ne donne que du staphylocoque ou du streptocoque. Le diagnostic ne présente de difficultés que dans les cas rares où l'éruption muqueuse précède l'éruption cutanée. Dans ce cas le diagnostic avec les aphtes vrais se fera par la notion étiologique par la localisation vestibulaire, l'inégalité des dimensions des diverses lésions, le diagnostic avec la stomatite herpétique par l'aspect différent des lésions ulcéreuses, leur localisation, l'absence de phénomènes généraux, la stomatite impétigineuse étant une affection purement locale.

Le diagnostic avec la *varicelle* se pose soit dans les cas d'aphtes généralisés, mais ces formes ne se rencontrant que dans les épidémies graves, le diagnostic est rendu aisé par la notion épidémiologique, soit dans les cas d'éruption varicelleuse débutant par l'exanthème buccal et la stomatite varicelleuse décrite par COMBY, Dans ces cas l'hésitation ne pourra être aussi que de courte durée, l'apparition des poussées exanthématiques venant rapidement assurer le diagnostic.

Il faut encore signaler une erreur possible avec l'*hydroa buccal* bien étudié, en particulier par QUINQUAUD, quand cette affection dont on tend à l'heure actuelle à faire une *forme bulleuse de l'érythème polymorphe*, se présente, ce qui est rare, avec un début buccal ou même garde une localisation buccale exclusive.

L'éruption précédée habituellement de phénomènes généraux plus ou moins accentués et accompagnée d'accidents rhumatoïdes passe par quatre phases successives : c'est d'abord une plaque érythémateuse, sur celle-ci se produit une phlyctène qui crève : l'exsudat s'élimine, laisse une exulcération à fond rouge, à bords opalins, puis à fond uniformément opalin, dont la cicatrisation se fait au bout de 7 à 8 jours.

Quand il n'y a pas de phénomènes généraux, le diagnostic exact est très difficile, vu le polymorphisme des lésions. Il faut donc très bien connaître les caractères spéciaux de l'éruption. Ce sont l'aspect très rouge de l'érythème jeune, la possibilité de voir des éléments à divers stades de développement, la superficialité des érosions, leur grandeur qui atteint celle d'une lentille, d'un haricot, d'une amande, leur aspect rouge et lisse au début avec leur encadrement par une collerette circulaire pseudo-membraneuse reste de la vésicule crevée. Plus tard cet aspect disparaît et l'exulcération prend une teinte opaline générale. L'hydroa buccal siège de préférence sur la muqueuse des lèvres et le dos de la langue. L'érythème bulleux buccal est parfois récidivant.

Chez l'adulte c'est surtout avec les *plaques muqueuses* que le diagnostic peut se poser, les autres manifestations bucco-pharyngées de la syphilis ne prêtant véritablement pas à confusion. Seuls au reste l'herpès récidivant buccal et l'aphte peuvent vraiment prêter à confusion d'autant plus que l'herpès récidivant buccal a une fâcheuse prédilection pour les syphilitiques chez lesquels il apparaît communément chez les hommes particulièrement, à la fin de la période secondaire et au début de la période tertiaire.

Toutefois si l'idée de la syphilis doit être présente à l'esprit en face d'un cas donné d'exulcération ou d'ulcération buccale, le diagnostic sera toujours facile quand on aura à l'esprit les caractères donnés plus haut. Qu'il s'agisse en effet de l'un quelconque des quatre types de plaques muqueuses décrits en particulier par A. FOURNIER, à savoir le type érosif, le type papulo-érosif, le type papulo-hypertrophique ou le type ulcéreux, on ne trouvera ni les érosions miliaires aberrantes, ni la collerette blanchâtre ou les vestiges de la collerette blanchâtre encerclant la lésion, ni les contours micropolycycliques de l'herpès récidivant buccal ni l'ulcération régulièrement arrondie, creusée en cupule sphérique, colorée en jaune, bordée d'un liseré rouge de l'aphte proprement dit. Enfin, dans les cas douteux, la marche des choses et la découverte d'autres accidents syphilitiques antérieurs, concomitants ou ultérieurs permettent d'écarter toute incertitude.

On voit donc qu'en fin de compte aphtes et faux aphtes sont en pratique faciles à distinguer des autres affections buccales dans lesquelles nos prédécesseurs les ont englobés. Ils sont aussi très nettement distincts entre eux ainsi qu'on peut s'en rendre compte en jetant les yeux sur le tableau suivant où nous avons groupé les plus importants de leurs caractères différentiels.

STOMATITE HERPÉTIQUE	HERPÈS RÉCIDIVANT BUCCAL	ZONA BUCCAL	APHTES
Eléments éruptifs	formés de vésicules très fines sur une base rouge.		*El. éruptifs* isolés, plus larges.
Groupes éruptifs nombreux, disséminés sans ordre.	rares ou solitaires avec sièges de prédilection.	parfois assez nombreux, unilatéraux (1).	*éruption* disséminée, discrète ou cohérente.

(1) Très exceptionnellement bilatéraux.

STOMATITE HERPÉTIQUE	HERPÈS RÉCIDIVANT BUCCAL	ZONA BUCCAL	APHTES
—	—	—	—
Fièvre vive.	nulle.	nulle.	variable selon les formes.
Douleur vive, toujours, durant l'éruption.	Cuisson locale.	très vive avant l'éruption, atténuée ensuite.	en rapport avec l'intensité de l'éruption.
Durée de 4 à 6 jours, marche aiguë.	7 à 10 jours, marche torpide.	plusieurs semaines.	8 jours (cas discrets) davantage (formes graves).
Début brusque	inaperçu le plus souvent.	insidieux	*Prodromes* de 1 à 2 jours.
Incubation, durée ignorée.	Opportunité morbide constante.		*Incubation* de 3 à 6 ou 7 jours.
Récidive souvent.	à chaque instant.	*Ne récidive* jamais.	?
Etiologie banale. (coup de froid, infections, intoxications, etc...)	*Hérédité arthritique* (causes occasionnelles insignifiantes).	*Etiologie* nerveuse des zonas.	Infection propagée à l'homme des bovidés le plus souvent.
Prophylaxie par hygiène locale.	par hygiène locale et *traitement diathésique*.		liée à celle de la cocotte des bovidés.

Traitement. — Le traitement des aphtes et faux aphtes doit être à la fois local et général. *Le traitement local* est le même dans tous les cas ; il est basé sur l'emploi des antiseptiques d'ordinaire utilisés sur les surfaces muqueuses. Aucun d'entre eux n'a d'action spécifique évidente ; on utilisera donc selon les cas l'acide borique, la résorcine, l'acide salicylique, le salicylate de soude à un ou deux pour 100, le borate de soude. Si une antisepsie plus rigoureuse paraît nécessaire, surtout s'il y a une putridité un peu forte de l'haleine, on aura recours à des antiseptiques plus énergiques tels que l'eau oxygénée, le permanganate de potasse à 1/2000 ou même 1/100, la liqueur de Labarraque (hypochlorite de soude) étendue d'eau.

Si les lésions sont très douloureuses on peut faire les solutions antiseptiques dans des décoctions émollientes telles que la décoction fraîchement bouillie de racines de guimauve ou même de tête de pavot ; il est rarement utile de recourir à des agents plus actifs tels que la morphine ou la cocaïne. Un moyen meilleur de calmer les douleurs causées par les ulcérations et de permettre l'alimentation est, selon le conseil de Goppert, de les saupoudrer avant les repas d'un peu d'orthoforme.

Si l'ulcération n'a pas bonne apparence ou est très douloureuse, ou si la cicatrisation se fait attendre, on pratiquera des cautérisations avec un pinceau imbibé de nitrate d'argent à 1/50 ou à 1/25 ou même avec le crayon de nitrate d'argent.

C'est particulièrement contre les aphtes en cas d'épidémie sévère qu'on redoublera de précautions antiseptiques.

Le *traitement général* est variable selon qu'il s'agit d'aphtes vrais, de stomatite herpétique, d'herpès récidivant buccal, de zona. Il doit être basé principalement sur les notions étiologiques relevées plus haut.

Nous avons vu que c'est dans l'état diathésique que l'herpès récidivant buccal a son origine première. Troustewitch a insisté dernièrement sur les effets curatifs et surtout prophylactiques que l'on obtient en faisant prendre au malade 1/4 ou 1/2 cuillerée à café de bicarbonate de soude trois à quatre heures après les repas, de façon à combattre l'auto-intoxication gastrique acide à laquelle cet auteur attribue l'herpès récidivant buccal. Nous croyons que l'action est surtout une action antidiathésique et avons l'habitude de prescrire le matin à jeun soit 1 gramme de bicarbonate de soude, soit 0 gr. 50 centigrammes de carbonate de lithine.

Nous pouvons affirmer que, continué d'une façon habituelle, ce traitement donne de très bons résultats. On se trouvera bien aussi de donner au malade de temps en temps un peu d'arsenic, par exemple sous forme d'arséniate de soude (2 milligrammes par jour) pendant une semaine sur trois, à moins qu'on ne préfère utiliser le cacodylate de soude à la dose de 2 à 4 centigrammes une semaine sur trois également. Il faut se rappeler dans ce cas que l'essentiel du traitement est sa continuité et non pas la quantité de médicament prescrite.

En dehors du traitement local, la fièvre herpétique est justiciable d'un purgatif, d'un peu de sulfate ou de bromhydrate de quinine ; la diététique doit être appropriée à l'état fébrile du sujet. Une hygiène soignée de la bouche s'impose en tous temps.

Dans les formes graves de la stomatite aphteuse, le même traitement général pourra être nécessaire ; la prophylaxie de l'affection aphteuse se fera par l'interdiction de l'utilisation du lait provenant des animaux atteints de fièvre aphteuse (1), par l'ébullition de tout le lait de provenance inconnue, et enfin par l'obligation pour les fermiers et leurs domestiques de s'astreindre à prendre les précautions hygiéniques nécessaires, comme de se laver les mains après le pansage des animaux et surtout avant les repas.

L'étiologie, souvent fort obscure, du zona buccal, ne comporte pas habituellement d'indications thérapeutiques spéciales, mais l'intensité des phénomènes douloureux oblige souvent le médecin à recourir aux médicaments nervins usuels.

(1) Ce n'est guère que le premier ou le deuxième jour que les bêtes malades fournissent du lait ; il est de règle que sous l'influence de la fièvre aphteuse la sécrétion lactée se tarisse rapidement.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **Congrès des Sociétés savantes**, qui, tous les deux ans, tient ses réunions dans une ville de province, aura lieu à Nancy le 9 avril 1901. Une circulaire ministérielle en informe les Sociétés, et à bon droit, car, comme nombre de journaux médicaux, nous avions naguère imprimé que la ville de Lille avait été désignée pour cet honneur.

UNIVERSITÉ DE LILLE

En l'absence de la séance de rentrée, dont le maintien n'a pas été résolu, nous donnons dès aujourd'hui le **palmarès** de la Faculté de médecine de Lille pour l'année scolaire 1899-1900.

Les prix de **fin d'année** ont été attribués comme suit :

Dans la **ligne médicale** : en *première année*, le prix à M. DUBURQUE ; en *deuxième année*, le prix à M. DANCOURT, la mention à M. CRETAL ; en *troisième année*, le prix à M. GONTIER DE LA ROCHE, une mention à MM. DEMOULIN et DEBAYRE ; en *quatrième année*, le prix à M. VANSTEENBERGHE.

Dans la **ligne pharmaceutique** : en *première année*, le prix à M. CONSTANT ; en *deuxième année*, le prix à M. RICHEZ, une mention à M. FOGT ; en *troisième année*, le prix à M. COUAILLIER.

Le prix **Parise** a été attribué à M. DRUCBERT, interne des hôpitaux.

Le prix de la **Société des Amis de l'Université** a été décerné à M. BRETON, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur *le rhumatisme articulaire chronique chez l'enfant.*

Les **prix de thèses** ont été accordés aux jeunes docteurs dont les noms suivent : la **médaille d'or** à M. le docteur RAVIART, de St-Amand (Nord), interne des hôpitaux et de l'asile de Bailleul, pour sa thèse sur les *tubercules des pédoncules cérébraux* ; la **médaille d'argent**, à M. le docteur DUBOIS, de Lille, interne des hôpitaux, pour sa thèse sur *l'action des anesthésiques sur les réflexes ganglionnaires* ; une **médaille de bronze**, à MM. les docteurs PONTHIER, de Renty (P.-de-C.), pour sa thèse *les olives du bulbe chez l'homme et chez les mammifères* ; PAQUET, de Lille (Nord), interne des hôpitaux, pour sa thèse *sur les complications orbito-oculaires des sinusites maxillaires* ; DUVIVIER, de St-Amand (Nord), interne des hôpitaux, pour sa thèse sur les *rapports du rétrecissement mitral pur avec l'hérédosyphilis.*

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur MIRBEAU, de Reimalard (Orne) ; REEB, médecin principal en retraite ; PLANCHE, de Balaruc les Bains (Hérault) ; COLNOT, de Pontavert (Aisne).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

42 ET 43me SEMAINES, DU 14 AU 27 OCTOBRE 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	9
3 mois à un an	14	8
1 an à 2 ans	6	4
2 à 5 ans	2	3
5 à 10 ans	2	3
10 à 20 ans	2	3
20 à 40 ans	7	10
40 à 60 ans	13	12
60 à 80 ans	18	20
80 ans et au-dessus	1	3
Total	77	75

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	2	»	»	»	1	1	1	»	1	»	»	6
Bronchite et pneumonie	»	3	6	2	1	2	»	»	2	»	»	16
Maladies organiques du cœur	»	1	1	5	1	»	1	»	2	»	»	11
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	2	7	9	7	1	2	1	»	4	1	1	35
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2
Phthisie pulmonaire	»	2	1	3	»	2	»	1	»	»	»	9
Méningite tuberculeuse	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	3
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	5	11	5	12	3	11	7	2	5	3	»	64
TOTAL des DÉCÈS	9	25	24	33	7	19	11	3	16	4	1	152
NAISSANCES par Quartier	14	32	26	32	22	19	14	16	24	2	16	217

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 200. Quatrième Année. N° 45. Le Numéro : 10 centimes. 11 Novembre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La suture totale de la vessie après la taille hypogastrique [1]

par M. **V. Carlier**,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Bien que la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique constitue, à l'heure actuelle, un procédé chirurgical adopté par un grand nombre de chirurgiens, il m'a paru opportun de reprendre, devant le congrès, l'étude de cette intéressante question.

Tous ceux qui ont assisté aux premiers essais de la suture totale se rappellent encore avec quelle hésitation on la pratiquait. On choisissait les cas pour l'appliquer, et on la déconseillait pour peu qu'on doutât de l'asepsie de la paroi vésicale et de son contenu.

Dans ces dernières années, la question s'est heureusement modifiée; la suture totale a bénéficié des grands progrès accomplis en chirurgie urinaire, et beaucoup de chirurgiens ont à leur actif une série de cas heureux de fermeture complète de la vessie après la taille hypogastrique. On se préoccupe moins de savoir si la paroi vésicale est saine ou non, si le milieu est aseptique ou septique, et les chirurgiens ont actuellement recours à la suture totale de la vessie chez des malades qui, il y a dix ans, ne leur eussent point paru justiciables de ce brillant procédé opératoire. Tellement il est vrai que la vessie, une fois ouverte, ne demande qu'à se fermer (GUYON). Ce qui le prouve c'est ce qui se passe chez l'enfant, où les plaies non suturées de la vessie aboutissent si rapidement à une solide et entière cicatrisation ; c'est encore ce qui se passe chez la femme dont on a tant de peine à maintenir ouverte la plaie de la vessie après une taille vésico-vaginale pour cystite douloureuse.

D'autre part, lorsqu'après une taille hypogastrique on suture partiellement la plaie vésicale en ne laissant que l'espace nécessaire pour la mise à demeure des tubes syphons, il est de règle de voir réussir ces sutures partielles, quel que soit le milieu dans lequel on opère.

En réalité la seule condition indispensable pour le succès d'une suture totale, c'est d'assurer le bon drainage de la vessie. Or, avec l'emploi des sondes de DE PEZZER ou de MALÉCOT, ce drainage s'effectue ordinairement d'une façon parfaite, du moins, toutes les fois qu'on n'a pas à compter avec une hémorrhagie vésicale. C'est en effet l'hémorrhagie qui compromet la suture ; aussi une hémorrhagie un peu abondante me paraît-elle être la seule contre-indication à l'emploi de la suture ; il y a longtemps d'ailleurs que M. GUYON a insisté sur ce point. S'il est en effet possible, au moyen de petits lavages fréquemment répétés, d'empêcher l'obstruction de la sonde par des

(1) Communication au XIIIe Congrès international de médecine, section de chirurgie urinaire.

mucosités provenant d'une vessie infectée, par contre, il est plus malaisé de débarrasser la sonde et la vessie des caillots sanguins lorsque la vessie saigne et, malgré une étroite surveillance, le malade sera dès lors exposé aux douleurs et aux dangers de la rétention. C'est ce qui se produisit chez un malade de 60 ans que j'ai opéré, il y a six mois, d'un néoplasme vésical. Malgré la persistance d'un léger écoulement sanguin que je croyais insignifiant, je terminai l'opération par une suture totale. Or, la vessie saigna pendant les deux jours suivants, et le malade nécessita une surveillance de tous les instants pour le bon fonctionnement de la sonde. Si ma suture ne lâcha pas, en revanche l'opéré ressentit de vives douleurs dont il eût été préservé si j'avais eu recours chez lui au drainage hypogastrique.

La suture réussit toujours chez l'enfant, elle réussit presque toujours chez la femme, elle réussit très souvent chez l'adulte.

La suture réussit toujours chez l'enfant pour les raisons suivantes : la vessie de l'enfant ne saigne pas, la suture est facile à exécuter chez lui, enfin la paroi vésicale, ordinairement peu altérée, se prête admirablement à la réunion par première intention. Si l'on considère, d'autre part, toutes les difficultés inhérentes au drainage hypogastrique dans le jeune âge, on aboutit à cette conclusion qu'il faut toujours tenter la suture totale chez l'enfant. J'y ai eu recours plusieurs fois et toujours avec un succès complet chez des enfants calculeux dont la pierre était trop volumineuse pour pouvoir recourir à la lithotritie.

C'est sans doute à la brièveté de l'urètre de la femme qu'il faut attribuer la rapidité de la cicatrisation des plaies de la vessie dans le sexe féminin. Les incisions sus pubiennes résultant d'une taille hypogastrique se cicatrisent plus rapidement encore que les incisions vésico-vaginales, et c'est pour les cas de suture totale chez la femme que pourrait se discuter l'utilité de la sonde à demeure. Nous reviendrons dans un instant sur ce point.

J'ai dit que la suture totale est très souvent suivie de succès chez l'homme, si l'on a le soin de n'y pas recourir lorsque l'on a à craindre un saignement intra-vésical. Il faut encore excepter certains malades profondément infectés, soit par un calcul, soit par un néoplasme, et chez lesquels l'opération ne peut être supportée que si elle est rapidement exécutée. Hormis ces cas, il m'a paru que les malades ne pouvaient que bénéficier d'une occlusion complète et immédiate de la vessie.

J'ai toujours employé la **suture** à deux étages. Lors de mes premières opérations, je faisais le premier plan de sutures au catgut, le second plan à la soie et à la LEMBERT. Depuis quelque temps je fais les deux plans de sutures au catgut, bien que l'emploi de la soie ne m'ait occasionné aucun ennui. Lorsque j'ai affaire à une vessie saine, je comprends dans la suture toute l'épaisseur de la paroi vésicale, y compris la muqueuse. Si la vessie est infectée, je fais la suture en en exceptant la muqueuse.

Ainsi comprise, cette suture est remarquable par sa simplicité d'exécution, et je me suis souvent demandé pourquoi MM. JONNESCO et RAZIMONSKY avaient cru devoir préconiser des sutures très compliquées, telles qu'ils les ont décrites dans des mémoires dont la lecture n'a pu entraîner ma conviction.

J'ai toujours pris soin, en suturant la paroi abdominale, de laisser un petit drain à l'angle inférieur de la plaie. Ce drain de sûreté doit être dirigé vers la cavité de RETZIUS qu'il ne fait qu'affleurer. Sauf incident fâcheux, ce drain doit être enlevé le troisième ou quatrième jour après l'opération. Bien que je le croie inutile chez l'enfant, j'estime cependant qu'il donne une telle sécurité qu'il vaut mieux ne pas renoncer à son emploi.

Il me reste un dernier point à examiner, je veux faire allusion à la **sonde à demeure après la suture totale** de la vessie : jusqu'ici j'ai toujours eu recours à la sonde à demeure après une suture totale, je crois cependant qu'elle n'est pas toujours nécessaire. Je suis décidé à ne plus l'employer chez les enfants, qui la supportent parfois assez mal, ainsi que chez la femme. En tout cas il m'a paru que le séjour de la sonde à demeure devait être considérablement réduit. Son emploi, pour être utile, nécessite une très grande surveillance. J'ai opéré en janvier, pour un minuscule polype de la vessie qui avait provoqué des hématuries extrêmement abondantes, un malade de 35 ans. J'avais mis à demeure une sonde de PEZZER. Pendant la seconde nuit qui suivit l'opération, par suite des mouvements du malade qui déplacèrent la bouteille-urinal, la sonde s'infléchit sur elle-même et fit obstacle à l'écoulement des urines. La vessie se remplit au point que le malade fit de grands efforts pour uriner et réussit à uriner entre la sonde et l'urètre. Ces efforts furent répétés plusieurs fois sans que la suture de la vessie parût en souffrir. Il est bien évident que ce malade eût couru moins de risques s'il n'avait pas eu de sonde à demeure.

Le même fait s'est produit chez une jeune fille de 26 ans que j'ai opérée en 1897 pour une tuberculose de la vessie. Pendant la nuit, par suite d'un faux mouvement, la sonde sortit de la vessie et son extrémité resta dans l'urètre, y formant bouchon. Le lendemain, à la visite, je trouvai une vessie distendue par l'urine, mais la suture n'avait pas lâché et le pansement n'était nullement souillé.

Ces deux cas prouvent tout simplement qu'on peut se passer de la sonde à demeure chez une certaine catégorie de malades, mais il ne faut pas se dissimuler que ces malades-là doivent être choisis avec un grand discernement. Quoi

qu'il en soit, lorsque je ne mettrai pas de sonde à demeure, je sonderai mes opérés toutes les trois ou quatre heures, de façon à éviter toute distension vésicale.

Des céphalées médicamenteuses

Par le Dr **Marius Bourgain** (de Boulogne-sur-Mer).

« *Primo non nocere* », dit le vieil adage latin ; et ce n'est pas toujours le médecin qui nuit au malade, mais bien plus souvent le malade, qui se nuit à lui-même en prenant intempestivement ou inintelligemment des médications qu'il croit utiles à sa guérison.

Quel est le praticien qui n'a pas rencontré dans sa clientèle ce type de malade qui vous avoue avec candeur et innocence que depuis de longues années déjà il prend chaque soir une dose énorme d'un médicament qu'il nous prône, médicament le plus souvent à vertu soporifique. Depuis la création de la thérapeutique à terminaison en « al », ces cas se sont multipliés ; et le sulfonal, le trional, l'hypnal sont passés dans le domaine public tout aussi facilement que s'y sont implantés les pilules et tisanes des quatrièmes pages de journaux. Nous citerons pour mémoire le cas de ce malade qui nous disait dernièrement, de la façon la plus ingénue, qu'il absorbait depuis huit à dix mois une dose quotidienne de un gramme et demi à deux grammes de sulfonal. Non seulement ces malades se créent à coup sûr une gastropathie médicamenteuse, mais souvent aussi une céphalopathie de même origine et à caractères spéciaux suivant le médicament ingéré. A côté des sujets chez lesquels des doses trop élevées ou trop prolongées de médicaments peuvent produire des accidents, il faut observer ceux chez qui des doses minimes peuvent occasionner des troubles graves ; rentrent dans cette catégorie les névropathes et neurasthéniques chez lesquels l'imagination cause tout le mal. Il existe une catégorie de nerveux qui présentent de véritables crises d'angoisse précordiale, de tachycardie, sous l'influence de doses presque inactives de médicaments ; mais le plus souvent c'est le système nerveux qui pousse le cri de la souffrance sous la forme de céphalées douloureuses et tenaces. En somme, les céphalées médicamenteuses sont fréquentes et passent trop souvent inaperçues : c'est là un point important sur lequel l'attention du praticien doit être attirée, et notre but sera atteint en rappelant à celui-ci, au hasard de la plume et de la mémoire, quelques-uns des médicaments de la pratique courante qui peuvent faire naître ces troubles encéphaliques.

De même que nous avons des céphalées à caractères tranchés, où le médecin peut dire si elles sont d'origine paludéenne ou syphilitique, de même certaines céphalalgies médicamenteuses possèdent des caractères suffisants pour être nettement différenciées ; quatre médicaments pourront nous servir de types : la quinine, la théobromine, la trinitrine et l'iode.

L'action de la quinine sur le système nerveux varie suivant les individualités ; à dose faible elle ne produit aucun effet appréciable, mais à dose élevée et particulièrement chez l'homme sain qui présente la particularité d'être plus sensible à son action que le fébricitant, elle occasionne des troubles graves, tintements et bourdonnements d'oreilles pouvant aller jusqu'à la surdité. La céphalée quinique est une *céphalée à siège auriculaire*, s'accompagnant de vertiges passagers, mais qui se renouvellent et qui augmentent d'intensité quand on passe du décubitus à la station verticale.

Depuis quelques années nous possédons dans notre arsenal thérapeutique un diurétique puissant, digne émule de la digitale, à action diurétique plus sûre que la médication caféique, qui est la théobromine ; ce médicament, vraie nourriture des dieux, comme son nom l'indique, pourrait bien devenir aussi la nourriture des humains cardiaques, tant son action est sûre et rapide dans les hydropisies cardiaques, si elle ne présentait un grave inconvénient chez certains malades, les forçant à interrompre brusquement leur traitement ; nous voulons parler de la céphalée théobromique. Huchard, en 1890, l'a signalée à la *Société de thérapeutique*. Bien que la théobromine soit un peu toxique pour l'homme comme pour les animaux, puisqu'il en fallut six grammes dans une expérience de madame Konidjy-Pomerantz pour tuer un chien de cinq kilogs, elle est difficilement tolérée par certains malades, et des doses de un à deux grammes ont suffi pour produire l'apparition d'une céphalée théobromique, véritable *céphalée en casque*. Des doses de trois et quatre grammes ont été facilement supportées par d'autres sujets.

Le nitrite d'amyle et particulièrement la trinitrine sous forme de la solution suivante :

Solution alcoolique de trinitrine au centième . . . . 40 gouttes
Eau distillée . . . . 300 gr.

ont pris définitivement rang dans la médication de l'angine de poitrine. C'est un auxiliaire précieux au traitement ioduré, sur l'efficacité duquel on est en droit de compter : mais pendant l'administration de ce médicament, il faudra toujours avoir présent à l'esprit qu'il peut produire des troubles encéphaliques graves et particulièrement une céphalée spéciale, ou *céphalée trinitrique, pulsatile, frontale, en terribles coups de marteau.* DUJARDIN-BEAUMETZ avait fait cette remarque, qu'en introduisant sous la peau de l'homme trois ou quatre gouttes de trinitrine on observait au bout de quelques instants, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille : « il semble au sujet que son crâne se dilate et est prêt à éclater. »

L'iode et en particulier les iodures sont aujourd'hui trop à la mode pour qu'il soit utile de rappeler les accidents qu'ils peuvent produire, accidents consistant même avec des doses fort restreintes, 50 centigr. par exemple, en élancements dans les yeux et les oreilles, éblouissements, diplacousie, coryza, larmoiement. La céphalée iodique, qui est un des principaux symptômes de l'iodisme aigu, est une céphalée limitée, *sinusienne, sus-orbitaire* avec irradiations moins douloureuses dans toute la région frontale.

A côté de ces céphalées à caractères spéciaux et bien tranchés, il en existe d'autres, toujours de même origine, à siège peu précis et à signes vagues. Il est certains sujets chez lesquels l'état de collapsus et la congestion encéphalique dépendent moins de la dose que de l'idiosyncrasie du malade, et tel médicament qui, à dose minime, produira chez l'un des accidents sérieux, ne produira chez l'autre, à dose considérable, aucun trouble notable. La céphalée affectera des formes différentes chez les sujets, suivant leur degré plus ou moins accusé de sensibilité et, alors que chez l'un, elle sera plutôt une gêne qu'une véritable souffrance, elle se manifestera chez l'autre sous forme de véritables éclairs de douleurs, de pulsations et d'élancements ; un grand nombre d'autres médicaments ingérés ou inhalés produisent des céphalées diffuses avec troubles sensoriels accusés. Le sulfonal cause au réveil de la lourdeur de tête. L'usage prolongé de ce médicament fait naître des sensations de vertige et d'ivresse. Le malade qui, de lui-même fait usage d'un hypnotique semblable et qui ignore les conséquences que l'absorption de ce médicament peut produire, voit son état s'aggraver de jour en jour, car c'est folie de sa part que de vouloir guérir un mal par la cause qui l'engendre. Le trional produit deux sortes de céphalalgies, l'une *ante-somnum*, l'autre *post-somnum*. On a noté parfois, avant le sommeil trionalique, un sentiment particulier d'abattement avec bourdonnements d'oreille, mais au réveil il existe toujours de la céphalalgie et des vertiges. Ces accidents qui peuvent persister un temps assez long, disparaissent cependant le plus souvent d'eux-mêmes ; ils ne contre-indiquent pas l'emploi du trional, mais ils commandent la prudence.

La phénacétine peut produire des vertiges et des douleurs de tête quand on l'administre au delà de deux ou trois grammes.

L'antipyrine, ce médicament populaire, cet anticéphalalgique par excellence, peut dans certains cas d'intolérance chez des enfants, des typhiques, des diphtériques, des rhumatisants, donner naissance à de véritables accidents de collapsus avec vertiges, céphalalgies se manifestant sous forme de violents coups de cloche dans la tête.

Le chloral ne produit pas de la véritable céphalalgie, mais plutôt de la lourdeur de tête. L'abus ou les doses trop élevées de salicylate de soude donnent plutôt lieu à des troubles du côté de l'ouïe qu'à de la céphalalgie vraie. L'absorption du copahu occasionne de la céphalalgie congestive plus ou moins accentuée et durable.

L'opium, la belladone, la ciguë, l'aconit, les solanées vireuses, l'alcool, la strychnine ayant une action directe sur le système nerveux peuvent produire à dose toxique des troubles encéphaliques avec céphalalgie, photophobie, vertiges et hallucinations : c'est là l'indice de l'intoxication accomplie, la preuve de l'absorption du poison et de son commencement d'action sur l'organisme. La térébenthine peut par inhalations produire des maux de tête d'une grande intensité. On sait du reste qu'il suffit de séjourner quelque temps dans une pièce fraîchement cirée ou fraîchement peinte pour avoir des vertiges, de la tendance à défaillir, de la céphalalgie opiniâtre. Les inhalations de chloroforme, d'éther, de protoxyde d'azote, sont très souvent suivies de céphalées très intenses.

L'existence d'une céphalalgie peut être un symptôme d'une grande valeur diagnostique : il peut appeler l'attention sur une lésion de l'encéphale ou sur une maladie diathésique ou constitutionnelle ; il faut donc écarter toutes les causes d'erreur possibles et recher-

cher dans certains cas si, à l'insu du médecin, le malade ne fait pas usage d'un médicament pouvant faire naître cette céphalalgie. D'un autre côté, c'est une indication et une sécurité pour le médecin que de toujours examiner l'effet de son médicament et de savoir le manier prudemment : chaque malade a son individualité médicamenteuse propre, au médecin de savoir la discerner : de ce qu'un médicament, comme la trinitrine ou la théobromine, administré imprudemment, peut causer des accidents encéphaliques semblant offrir une certaine gravité, il ne faut pas de parti-pris rayer du catalogue médical des médicaments puissants et utiles. Dans un cas semblable tout est imputable au médecin, et non à l'agent de la médication.

Hernie étranglée avec gangrène intestinale

par le docteur **Brulant**, ancien chef de clinique chirurgicale, médecin principal aux mines de Lens.

M. le professeur Jaboulay vient de publier, dans le *Lyon Médical* du 16 septembre 1900, les résultats d'une opération de hernie étranglée, faite chez une femme de son service. La partie d'intestin grêle qui formait la hernie présentait sur son milieu une plaque de gangrène de trois centimètres de diamètre. Il se décida, après une antisepsie soignée et un lavage avec de l'eau bouillie à quarante degrés, à réintégrer simplement le tout comme s'il s'agissait d'une anse saine. « Les suites furent des plus simples, la circulation intestinale se rétablit le huitième jour et la malade était complètement guérie vers le vingtième. »

Cette observation m'a suggéré l'idée de publier un cas analogue au point de vue de la lésion, pour lequel j'ai employé un mode opératoire qui me paraît donner plus de sécurité que celui employé par le docteur Jaboulay, et qui a été également suivi de succès.

Le 1er janvier 1898, à la première heure, je recevais une lettre de mon confrère et ami le docteur Lequette, de Liévin, qui m'appelait auprès d'une de ses clientes atteinte de hernie étranglée. L'étranglement ne datait que de la veille à midi. J'arrivais à Liévin vers neuf heures du matin et je me trouvais en présence d'une dame de quarante ans, Marie T., de bonne constitution. Mariée à l'âge de 25 ans, elle avait eu deux enfants bien portants du reste ; elle-même n'avait jamais été souffrante, mais depuis six mois elle avait remarqué en haut de la cuisse droite une petite grosseur qui ne la gênait nullement et dont elle ne s'était nullement occupé.

Cette tumeur, grosse comme une noix, avait augmenté assez rapidement : vers le mois d'octobre un prolongement donnant à la tumeur une forme bilobée était apparu à la partie supérieure. Comme tous ces phénomènes se passaient sans réaction et étaient indolores, elle n'en avait parlé à personne.

Le 31 décembre, procédant à un nettoyage complet de sa maison et voulant soulever sa cuisinière elle est prise de violentes douleurs dans le pli de l'aine. Ces douleurs s'irradient dans tout le ventre et la forcent à se mettre au lit. Des vomissements ne tardent pas à se produire ; elle s'aperçoit que la tumeur qu'elle portait depuis six mois a augmenté brusquement de volume et qu'elle est devenue très sensible. C'est alors qu'elle appelle une personne s'occupant un peu de médecine avec laquelle elle était en relation. Un taxis vigoureux et prolongé pendant presque une heure reste infructueux. La malade, épuisée par les tentatives de réduction et par les douleurs endurées, se décide à appeler mon confrère le docteur Lequette. Un nouvel essai de courte durée, mais sans résultat, ne laisse plus de doutes sur la nécessité d'une intervention chirurgicale.

L'opération est commencée vers dix heures du matin, par conséquent moins de vingt-quatre heures après l'étranglement. Je comptais me trouver dans les meilleures conditions possibles, et avoir affaire à une opération relativement facile. Cependant tout le tissu cutané qui couvrait la région herniée était ecchymosé et démontrait que le taxis avait été poussé avec une violence extrême. Je fis une incision assez grande et j'arrivais facilement sur le sac que je décortiquai avant de l'ouvrir, afin de pouvoir le réséquer et de faire une cure radicale. L'incision du sac provoque l'écoulement d'un liquide louche à odeur fécaloïde et montre une masse épiploïque à peu près grosse comme un œuf, d'une teinte jaune foncé, les veinules qui recouvrent cette masse sont noires et remplies de caillots ; derrière cette masse épiploïque se trouve une anse d'intestin grêle de cinq centimètres environ, fortement congestionnée et de couleur chocolat. L'anneau était très étroit ; j'eus beaucoup de peine à introduire l'extrémité de l'index pour conduire le bistouri mousse ; une fois le débridement opéré j'amenai l'intestin au dehors, mais à la première traction que j'opérai je vis immédiatement s'échapper une grande quantité de matières fécales de la partie interne de l'anse intestinale. Ces matières fécales sortaient par une ouverture de un centimètre et demi environ, dont les bords, de couleur blanc grisâtre, étaient absolument sphacélés ; cette ouverture était en contact avec le ligament de Gimbernat. J'attirai immédiatement l'intestin sur une grande longueur de façon à ne pas infecter la cavité péritonéale, et alors se posa la question de savoir quelle conduite je devais tenir en cette occurrence.

Si j'avais été placé dans un milieu absolument aseptique avec les aides nécessaires et l'instrumentation voulue pour faire une entérectomie, je crois que je n'aurais pas eu la moindre hésitation. Mais je me trouvais dans une maison de mineurs où l'antisepsie ne règne guère. Je n'avais comme aide que le docteur Lequette, qui était tenu par le chloroforme ; et, je dois l'avouer, sachant que la hernie étranglée ne datait pas de vingt-quatre heures, je n'avais pris que les instruments nécessaires pour une opération courante dans ma clientèle ouvrière.

Le moyen le plus prudent, celui qui paraissait raisonnablement indiqué, était la création d'un anus contre nature. Il n'y avait même pas à le créer, il existait déjà. Je n'avais qu'à suturer l'intestin aux parois et l'honneur chirurgical était sauf. Malheureusement, pendant mon séjour dans les hôpitaux, plusieurs fois j'ai eu l'occasion de voir de ces malheureux atteints d'anus contre nature, et j'ai conservé pour cette opération une aversion profonde. Cette infirmité est si désagréable, si répugnante pour le malade et pour son entourage, que la mort aurait été préférée par beaucoup. Je sais bien qu'on peut remédier à cet état de choses mais le traitement est long et les sacrifices sont durs.

Je pris donc la résolution suivante : J'oblitérai la fistule au moyen de quatre sutures de Lambert, et comme

j'avais fort à douter de mes sutures faites dans un tissu très friable et fortement œdématié, et même sur la valeur de l'anse intestinale herniée, je laissai toute cette partie douteuse en dehors de la cavité abdominale. J'introduisis à travers le mésentère une grosse mèche de gaze iodoformée de façon à empêcher la rentrée de l'intestin et je plaçai un pansement antiseptique couvrant très largement toute la région sans exercer la moindre compression, en recommandant de voir le lendemain ce qui s'était passé.

Le lendemain matin l'intestin était décongestionné, les sutures avaient bien résisté et paraissaient former une occlusion sérieuse. La réduction de l'anse intestinale fut très facile, il y avait à peine un commencement d'adhérence, le sac fut réséqué au ras de l'anneau. La peau fut suturée dans toute sa longueur, mais par mesure de précaution un drain fut laissé à la partie déclive.

Les suites furent aussi satisfaisantes que possible; malgré l'opium le malade put aller à la selle le 2 janvier sans difficulté. La température n'a jamais dépassé trente-huit degrés et au bout de dix jours la guérison était complète.

Cette observation nous démontre d'abord les inconvénients d'un taxis prolongé. Il est probable que sans les pressions considérables et deux fois répétées par des personnes robustes, l'intestin, étranglé seulement depuis vingt-quatre heures, n'aurait pas été gangréné. Je crois du reste que c'est un principe, admis actuellement par le plus grand nombre de chirurgiens, que le taxis est souvent inutile et presque toujours dangereux.

Elle prouve en outre que l'on peut sans inconvénient laisser une anse intestinale pendant vingt-quatre heures en dehors de la cavité abdominale, pourvu que l'on s'entoure des précautions antiseptiques nécessaires.

Le mode opératoire employé a aussi l'avantage de résoudre un point bien délicat dans l'opération de la hernie étranglée. Les auteurs classiques parlent d'intestins feuilles mortes qu'on ne doit pas réduire sans menaces de péritonite aiguë. Cette question de nuances et de couleurs est des plus complexes et souvent fort embarrassante pour le chirurgien. Je suis convaincu que si on avait vingt-quatre heures de réflexion on éviterait bien des anus contre-nature.

Le chirurgien lyonnais dans l'article auquel je faisais mention au début de ma communication, a pu sans inconvénient réintroduire dans la cavité abdominale une anse intestinale sur laquelle se trouvait une plaque gangrénée sans avoir de complications fâcheuses à déplorer. Je crois que la ligne de conduite que j'ai suivie est préférable parce qu'elle permet de parer beaucoup plus facilement à toutes les éventualités possibles. Je ne parle pas de la conduite que l'on doit tenir dans les hôpitaux où l'entérectomie est relativement facile; mais à la campagne, où l'on dispose de peu de choses, où souvent on est très mal outillé pour les grandes opérations, je crois que le procédé que je viens d'indiquer pourra rendre service à bien des patients.

Remarques critiques sur la signification exacte du terme « exclusion de l'intestin »

Par J. Drucbert, interne des hôpitaux.

La discussion qui vient d'avoir lieu à la *Société de Chirurgie* a montré que l'accord n'était pas fait sur la signification exacte à donner au terme « exclusion de l'intestin ». Ayant en cours d'exécution un certain nombre de recherches personnelles sur ce sujet, nous croyons devoir indiquer, avec références à l'appui, comment il convient d'interpréter le terme d'exclusion de l'intestin.

Certains auteurs ont confondu *exclusion* et *excision*. Carmalt (de New-Haven) écrit dans le *Centralbl. für Chirurgie*, 1894, nº 33, qu'il a fait une exclusion de l'intestin, alors qu'il s'agit de l'excision d'un cancer du cœcum.

Par d'autres, le terme d'exclusion partielle de l'intestin a été appliqué à plusieurs modes opératoires bien distincts.

Il a été employé pour désigner l'*entéroanastomose latérale*, par exemple par Von Eiselsberg (1) : « l'opé» ration de Maisonneuve peut être considérée comme » une exclusion partielle, » et par Obalinski (2) : « Von Hacker fit le premier l'exclusion partielle de l'intestin chez l'homme, en employant l'anastomose. »

Il a été encore employé par Von Baracz (3) et Obalinski (4) à propos d'opérations dans lesquelles un segment d'intestin ayant été complètement séparé du tractus digestif une de ses extrémités ou les deux ont été abouchées à la peau. Ces mêmes opérations seront désignées plus tard par Narath (5) et par Von Baracz (6) lui-même sous la dénomination d'*exclusion totale* avec établissement d'une fistule.

Enfin dans une discussion récente M. Hartmann (7) a appliqué le nom d'*exclusion partielle* au cas où le morceau d'intestin séparé du tube digestif communique encore avec celui-ci par une de ses extrémités.

Ces emplois si divers d'une même expression ne peuvent être qu'une source de confusion. Il est donc nécessaire pour bien fixer les idées d'assigner une valeur exacte au terme d'*exclusion de l'intestin* (Darmausschaltung).

A notre avis ce terme doit être réservé aux cas où

(1) *Centralb. f. Chir.* 1896, p. 534.
(2) — 1896, p. 809.
(3) — 1894, p. 617.
(4) — 1894, p. 1193.
(5) *Arch. f. Chir.* 1896, Bd. LII, p. 372.
(6) — 1899, Bd. LVIII, p. 120.
(7) *Soc. de Chir.* 24 octobre 1900.

une partie de l'intestin est séparée complètement de la continuité du tube digestif. En effet le terme d'*entéroanastomose latérale* suffit à désigner l'opération de MAISONNEUVE dans les cas signalés par VON EISELSBERG et OBALINSKI. Plus que tout autre terme, il indique nettement le mode opératoire employé. Ce terme d'*exclusion partielle* ne peut davantage s'appliquer aux cas où l'anse détachée complètement du canal intestinal est pourvue d'une fistule opératoire ou spontanée. En effet le mot *exclusion* doit s'entendre par rapport au cours des matières; il indique que le segment d'intestin ne fait plus partie du trajet parcouru par celles-ci; qu'il est séparé du tube digestif d'une façon complète, c'est-à-dire anatomiquement et physiologiquement. Qu'il y ait ou non une fistule qui communique avec l'extérieur, l'anse n'en est pas moins mise à l'écart du tube digestif et fermée aux matières qui y circulent; ce n'est donc pas l'exclusion qui est incomplète, c'est la fermeture de l'anse exclue. Par conséquent le terme convenable n'est pas exclusion partielle, mais exclusion avec fermeture partielle. Ce terme a l'avantage sur celui qu'emploie M. HARTMANN (exclusion totale ouverte) de mieux désigner le manuel opératoire employé.

Enfin ce que M. HARTMANN appelle exclusion partielle n'est qu'un procédé dérivé de l'entéroanastomose, procédé employé d'abord par SENN, auquel il est préférable de ne pas appliquer le terme d'exclusion puisque l'anse opérée a gardé par une de ses extrémités ses connexions avec l'intestin.

La définition de NARATH (1) serait donc rigoureusement appliquée : « On parle d'exclusion de l'intestin, *quand on isole* du conduit intestinal un morceau d'intestin; on ne l'extirpe pas, au contraire, on le laisse dans la cavité abdominale en épargnant son mésentère. »

Le terme exclusion de l'intestin résumerait ainsi les diverses opérations suivantes : Isolement d'une anse d'intestin par deux sections transversales, et fermeture plus ou moins complète de cette anse isolée.

L'exclusion intestinale ainsi comprise n'a que deux variétés :

1° Exclusion avec fermeture partielle de l'anse.

2° Exclusion avec fermeture totale de l'anse.

Chacune de ces variétés comporte des subdivisions.

La fermeture totale est réalisée de deux façons : ou bien les deux extrémités de l'anse exclue sont fermées séparément, ou bien on les réunit en les suturant l'une à l'autre. Dans le premier cas, on a un cylindre intestinal fermé aux deux bouts par la suture; c'est ce que les auteurs allemands appellent la fermeture en boudin (wurstförmig) de l'anse exclue; dans le second cas on obtient la fermeture en anneau (ringförmig).

De même, on peut obtenir de diverses façons l'exclusion avec fermeture partielle de l'anse exclue. Ces subdivisions se distinguent d'après le nombre des fistules laissées ouvertes et d'après leur position sur l'anse exclue.

Le tableau suivant expose cette classification plus clairement qu'aucune description ne le pourrait faire :

EXCLUSION INTESTINALE

I. avec FERMETURE PARTIELLE.

1. Abouchement à la peau des deux extrémités de l'anse exclue.
   Etablissement de fistules proximale et distale (1).
2. Abouchement à la peau d'une seule extrémité après fermeture et réduction de l'anse.
   Selon l'extrémité fermée :
   a) *Etablissement d'une fistule proximale*;
   b) *Etablissement d'une fistule distale.*
3. Après fermeture des deux extrémités de l'anse exclue, établissement d'une fistule sur un point latéral de l'anse exclue
   ou conservation d'une fistule pathologique préexistante :
   Exclusion avec fermeture partielle et fistule intermédiaire.

II. avec FERMETURE TOTALE.

1. Les deux lumières sont suturées séparément.
   Exclusion avec fermeture totale en boudin (wurstförmig).
2. Les deux lumières sont réunies l'une à l'autre.
   Exclusion avec fermeture totale en anneau (ringförmig).

(1) *Archiv f. Chir.* 1896. LII, p. 372.

(1) On pourrait faire une nouvelle distinction, suivant que ces deux fistules sont réunies au même point de la paroi abdominale, ou siègent en deux points différents.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. Pinard relate une observation de monstre double monomphalien sternopage.

— M. Laborde. Les tractions rythmées de la langue ont donné un bon résultat dans un cas d'asphyxie consécutive à une blessure de la trachée.

Société de Chirurgie. — M. Walther a fait des expériences d'où il en conclut que la stérilisation des mains est parfaitement réalisable par les procédés de lavage habituels.

Société médicale des Hôpitaux. - M. Variot étudie le polymorphisme des angines de la scarlatine.

— M. Gilbert étudie les ictères acholuriques simples et le rôle de l'hérédité dans leur pathogénie.

Société de Biologie. - M. Jousset. L'exposition à la lumière atténue considérablement la virulence des crachats tuberculeux.

— MM. Tuffier et Hallion ont expérimenté l'action physiologique de l'injection intrarachidienne de cocaïne.

Société d'obstétrique de Paris. — M. Lepage donne les résultats de sept symphyséotomies. La conclusion est que l'on attend toujours trop tard, alors que la femme est surmenée et la vitalité de l'enfant compromise.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Novembre 1900

Présidence de M. Looten, président.

Ulcérations laryngées consécutives au tubage.

M. Ausset présente le larynx d'un enfant mort, dans son service, au neuvième jour de sa diphtérie et revient, à propos de l'ulcération laryngée constatée à l'autopsie, sur la pathogénie du spasme et sur le rôle joué par le tuble endolaryngé. Dans l'observation, M. Ausset relève que cet enfant a dû rester tubé pendant neuf jours, les deux premiers jours avec un long tube, les sept autres avec un plus petit; qu'il était porteur de grosses amygdales, et qu'il avait des antécédents pathologiques assez chargés (rachitisme, gastro-entérite); et que, par suite d'un tirage intense, on fut dans l'obligation de lui laisser son tube jusqu'à sa mort, survenue subitement le neuvième jour de son séjour à l'hôpital.

Sur ce larynx, l'ulcération siège à l'entrée de la trachée, à la partie inférieure du plus long tube. C'est donc dans les deux premiers jours de son séjour à l'hôpital que se produisit l'ulcération, et le spasme secondaire en était évidemment la conséquence.

M. Ausset conclut de cette observation que, dans la pathogénie des ulcérations laryngées il faut tenir compte du tubage, que de plus, elles se présentent le plus souvent chez des enfants qui ont une inflammation préalable de la muqueuse, et chez des adénoïdiens.

Aussi M. Ausset termine-t-il sa communication en déclarant qu'en cas de nécessité, après un premier essai de tubage chez un diphtérique adénoïdien, ou en présence de symptômes menaçants, il vaut mieux avoir recours à la trachéotomie et tâcher d'éviter ainsi des infections secondaires.

A propos d'invagination intestinale. — Ablation de la partie invaginée.

M. Lambret rapporte l'observation d'un petit enfant de dix ans, amené à l'hôpital au septième jour d'une invagination donnant lieu à toute la symptomatologie de l'occlusion intestinale, et d'une intoxication profonde. M. Lambret pratiqua d'urgence la laparotomie médiane, découvrit dans la fosse iliaque droite une tumeur formée par le cœcum dans lequel s'était invaginé l'intestin grêle. Ne pouvant réduire l'invagination, il aboucha l'intestin grêle avec le côlon ascendant, puis enleva rapidement le paquet intestinal invaginé et referma l'abdomen, tout en laissant un drain dans la partie inférieure de la plaie.

L'enfant supporta très bien l'opération et pendant quatre jours il sembla s'améliorer malgré des symptômes manifestes d'une infection profonde. Mais le mieux ne se maintint pas et l'enfant succomba huit jours après l'intervention; l'autopsie ne put être faite. Mais l'arrêt complet des vomissements, l'insensibilité totale de tout l'abdomen permet d'éliminer la péritonite d'origine opératoire et d'admettre plutôt que l'enfant a succombé à la septicémie.

M. Lambret montre alors la masse intestinale enlevée, cœcum, appendice, intestin grêle invaginé.

Gomme syphilitique de la fesse

M. Mariau rapporte l'observation d'un malade qui s'était présenté à lui, accusant un traumatisme léger de la région rétrotrochantérienne, ayant amené peu à

peu la formation d'une tumeur présentant l'aspect clinique d'un abcès. L'incision de la poche fluctuante donna issue à une sérosité brunâtre, les parois de la poche n'avaient nullement l'aspect des bourgeons charnus qu'on retrouve dans la poche d'un abcès, mais étaient épaisses, jaunes, sans vaisseaux, présentant un peu l'aspect d'une gomme syphilitique.

Interrogé, le malade ne se souvint pas d'avoir contracté la syphilis, mais un examen minutieux montra à M. Mariau la cicatrice du chancre primitif sur la partie interne du prépuce.

M. Mariau cite des cas analogues d'erreur de diagnostic et termine sur le mot de M. Fournier qu'« on traite souvent comme abcès froid des lésions tertiaires méconnues. »

M. Charmeil a vu souvent un traumatisme léger éveiller une syphilis méconnue et cite à ce sujet l'histoire d'un homme qui, cinquante ans après le chancre infectant, après avoir eu de minimes accidents secondaires, fait, à l'occasion d'une chute sur l'épaule, une gomme de cette région. De plus, ce n'est le plus souvent que lorsque la gomme est ulcérée que le diagnostic peut être établi d'une façon précise.

M. Gaudier confirme l'opinion de M. Charmeil et cite deux cas qu'il a observés, l'un d'une gomme de la racine du nez survenue à la suite d'un traumatisme insignifiant et ayant aussi amené la même erreur de diagnostic, l'autre dans un cas de lésions syphilitiques du larynx.

M. Noquet a vu disparaître chez une personne de cinquante-cinq ans, le consultant pour une lésion syphilitique du larynx, de petites tumeurs fluctuantes de la joue, que des médecins expérimentés avaient voulu ouvrir.

Fracture horizontale du maxillaire supérieur

M. Mariau rapporte un cas de fracture horizontale du maxillaire, survenue chez un valet de charrue. Celui-ci, en soignant ses chevaux, reçut en plein visage un coup porté par le sabot du cheval. Le traumatisme a porté au-dessous des narines, près du rebord alvéolaire de l'os. Le blessé, examiné quelques heures après l'accident, présente un décollement partiel de la lèvre supérieure, de la tuméfaction de la face, mais pas de crépitation gazeuse. Il se plaignait de ne pouvoir ouvrir la bouche et pourtant il abaissait son maxillaire inférieur, mais le maxillaire supérieur suivait ce mouvement sous l'action de son propre poids, le rebord alvéolaire était complètement détaché du corps de l'os. En un mot, le malade présentait la fracture classique d'Alphonse Guérin.

M. Mariau explique la pathogénie de cette affection et montre que, pour arriver à produire cette fracture, il faut que le traumatisme se produise d'avant en arrière, horizontalement et immédiatement au-dessous du nez. Il cite alors le cas de M. Delbet où un traumatisme double, l'un ayant porté sur la racine du nez, l'autre sur l'occiput avait séparé complètement la boîte crânienne, du massif osseux de la face.

M. Mariau constate qu'aucun des appareils proposés pour ces fractures n'est pratique, mais que ce traumatisme guérit rapidement ; dans le cas présent, la mâchoire était suffisamment consolidée au bout de quinze jours,

M. Le Fort a observé quelques cas de fracture du maxillaire supérieur. Il croit qu'un grand nombre de ces fractures passent inaperçues, car certaines ne sont pas suivies de déplacement. Il est rare toutefois de n'avoir qu'un simple décollement du rebord alvéolaire ; souvent il s'y joint une fissure qui suit la branche montante du maxillaire, lésant le canal sous-orbitaire et amenant parfois, par suite de compression du nerf sous-orbitaire, des troubles de morbidité du côté de la lèvre supérieure.

La guérison s'obtient facilement, à moins d'avoir de grands délabrements : Dans un cas observé avec M. de Lapersonne, M. Le Fort (1) a constaté des accidents phlegmoneux du côté du sac lacrymal. La déformation est peu accentuée, d'autant plus que le maxillaire inférieur maintient pour ainsi dire le fragment en place.

M. Gaudier rapporte également un cas de fracture du maxillaire supérieur, à la suite d'une violente chute de bicyclette. Les premiers symptômes guérirent rapidement, mais furent suivis d'une sinusite double qui ne guérit par contre que très lentement.

M. Le Fort résume la discussion en montrant que le plus souvent il y a des lésions du canal lacrymal dans les grands traumatismes, le plan de clivage de la face passant par ce canal. Presque toujours, on trouve un décollement complet de la face et du crâne, chacun se fracturant pour son propre compte, et se propageant très rarement d'un massif osseux à un autre.

(1) Voir *Echo médical du Nord*, 1900, p. 470.

Hernie étranglée avec gangrène intestinale

M. Combemale lit une communication de M. le docteur BRULANT, qui est publiée dans le présent numéro.

P. V.

NOUVELLES & INFORMATIONS

On annonce un concours sur titres pour une place de **préparateur au laboratoire de bactériologie** de Rouen. Le préparateur est nommé par le Conseil d'administration (art. 4 du règlement de 1896). Il assiste le chef de laboratoire dans la pratique des analyses. Il dirige les travaux pratiques (art. 6). Il reçoit une indemnité annuelle de **1.200 francs. Les candidats doivent adresser leur lettre de candidature à M. le directeur de l'École de médecine de Rouen, avant le 15 novembre 1900.**

UNIVERSITÉ DE LILLE

Année scolaire 1900-1901 (1er Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

DU 3 NOVEMBRE 1900 AU 15 MARS 1901

Première année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie . . .	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection. . . .	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 heures.
	Travaux de dissection.	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Deuxième année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurg. .	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Conf. de pathologie interne . .	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg	de 9 h. à 11 h
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Conf. de pathologie interne . .	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h 1/4 à 6 h 1/4

Troisième année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h
	Cours de parasitologie	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie pathologique	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Trav. prat. d'anat. pathol. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 h à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours d'anatomie patholog. .	de 4 h à 5 h.
	Cours de thérapeutique . . .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h à 11 h
	Trav. prat. de parasitologie .	de 2 à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Confér. de pathologie interne .	de 6 h. à 7
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de pathologie générale.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique. . . .	de 5 h. à 6 h.

Quatrième année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clinique ophtalmologique. . .	à 9 heures.
	Clinique médicale des enfants.	à 11 heures.
	Trav. prat. d'anat. pathol. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de patholog. interne . .	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. des mal. des voies urin.	à 10 heures.
	Cours d'anatomie patholog. . .	de 4 à 5 heures.
	Cours de thérapeutique. . .	de 5 h à 6 h.
MERCREDI	Clin. des mal. cut. et syphil.	10 heures.
	Trav. prat. d'anat. pathol. . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne.	de 6 à 7 h.
JEUDI	Clinique ophtalmologique. . .	à 10 heures.
	Cours d'anatomie patholog. . .	de 4 à 5 h
	Cours de thérapeutique. . . .	de 5 h. à 6 h.
VENDREDI	Clin. des mal. des voies urin .	à 10 heures.
	Clinique médicale des enfants.	à 11 heures.
	Travaux prat. de chimie . . .	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de pathologie interne. .	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. des mal. cut. et syphil. .	à 10 heures.
	Cours de pathologie générale .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique. . . .	de 5 h. à 6 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Cours d'histoire nat. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér. .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale . .	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér. .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.

JEUDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale	de 10 h 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'hist natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. d'hist. naturelle	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11h. 3/4.
	Trav. prat. de physique	de 2 h. à 4 h.
MERCREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de pharmacie	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de physique	de 2 h. à 4 h.
VENDREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Trav. prat. d'histoire natur	de 8 h. à 11 h.
	Cours de matière médicale	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Trav. prat. de pharmacie	de 2 h. à 5 h.

Le concours pour la place de **chef de clinique chirurgicale** vacante à l'Hôpital Saint-Sauveur s'est terminé par la nomination du docteur René Le Fort.

Le sujet de l'épreuve écrite fut : *Région axillaire; pathogénie et traitement du tétanos* ; le sujet de l'épreuve de médecine opératoire : *Amputation sous-astragalienne.* A l'épreuve clinique, M. Le Fort eut à examiner une *arthropathie et fracture inconsolidée chez une tabétique.*

Nous adressons à notre confrère nos bien vives félicitations.

Les lundi 5 et mardi 6 novembre ont eu lieu, dans les baraquements inoccupés des pavillons des contagieux à l'hôpital de la Charité, les épreuves du **concours pour l'Internat**, devant un jury composé de MM. les professeurs Folet, président, Gaulard, Lemoine, Combemale et Phocas, juges.

La question écrite, sortie de l'urne, portait : *Cordons postérieurs de la moelle, sclérose en plaques ;* restaient : *Paume de la main, phlegmon de la main ; glandes salivaires, oreillons ; testicule et épididyme, tuberculose de ces organes.*

Six candidats seulement sur dix-sept inscrits se présentèrent à la lecture de leur copie.

La question dite de garde fut traitée sur les sujets suivants : 1° *Comment arrête-t-on une hémorrhagie par inertie utérine ?* 2° *Que faire en cas de syncope ?*

A la question orale est sortie : *l'Hématocèle de la tunique vaginale ;* restaient dans l'urne : *Symptomatologie et traitement du mal de Pott ; hernie crurale, diagnostic et traitement.*

Seront proposés à l'administration des hospices pour remplir pendant trois ans les fonctions d'interne de médecine, par ordre de mérite : MM. Demoulin, Davrinche, Trampont, Castelain. Seront proposés comme internes provisoires : MM. Camus et Chancel.

Les mardi 6 et mercredi 7 novembre ont eu lieu, à l'hôpital de la Charité, les épreuves du **concours pour l'Externat.** Quatorze candidats ont été retenus par le jury, composé de MM. les professeurs Laguesse, Charmeil, Carlier, Oui, Carrière.

A l'épreuve écrite est sortie de l'urne la question *Tibia, muscles péroniers ;* restaient : *Muscle sternocleidomastoïdien, articulation coxofémorale ; muscle biceps brachial, articulation du genou.*

Symptômes de la pleurésie ; ponction de l'ascite, tel a été le sujet de la question orale à traiter par les candidats. Sont restées dans l'urne : *Signes et diagnostic de la pneumonie franche ; application et pansement d'un vésicatoire ; symptômes et diagnostic des fractures de côtes, application des ventouses sèches et scarifiées ; furoncle, maniement du thermocautère et application de pointes de feu.*

Ont été nommés, dans l'ordre ci-après : MM. Debeyre, Looten, Sonneville, Coppens, Deleau, Liénard, Hautefeuille, Obers, Bouret, Taconnet, Dubuche, Maguin, Lhôte, Curmer.

Nous relevons dans les récentes **mutations des officiers du corps de santé militaire**, la venue au 128e d'infanterie, à Abbeville, de M. le docteur Bourlange, médecin aide-major de 1re clase ; au 8e d'infanterie, à Saint-Omer, de M. le docteur Bourgeois, médecin aide-major de 1re classe.

Des médecins aide-majors de 2e classe, élèves sortant de l'école d'application du service de santé militaire, trois sont nommés dans notre région, MM. les docteurs Dupuich, au 3e chasseurs à cheval, à Abbeville ; Legendre, au 45e d'infanterie, à Laon ; Massip, au 145e d'infanterie, à Maubeuge.

Notre « Carnet »

Le docteur Etienne Breton, de Saint-Amand-les-Eaux, nous fait part de la naissance de sa fille Suzanne. Nos meilleurs souhaits.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Dijon. — M. le docteur Henrion est chargé d'un cours de physique.

Rennes. — M. le docteur Duhamel est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et de physiologie.

Distinctions honorifiques

Mérite agricole. — Sont nommés *commandeurs* : MM. les docteurs ARLOING, de Lyon ; HENNEGUY, de Paris. *Chevaliers :* MM. les docteurs de ROTHSCHILD, de Paris ; SOUBEIX, de Saint-Girons (Ariège).

Légion d'Honneur. — Est nommé *chevalier :* M. le docteur BATUT, médecin aide-major de 2e classe, répétiteur à l'école de santé militaire de Lyon.

— M. le docteur LEPINTE, médecin de la marine, a reçu de M. le ministre de la marine un *temoignage officiel de satisfaction.*

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PELTIER, de Sedan (Ardennes) ; DESFOSSEZ, de Paris ; LAMBERT, de Nice (Alpes-Maritimes) ; LABIT, de Châtellerault (Indre) ; P. AUCOPT, de Doyel (Allier).

M. le docteur LEWYS-SAYRE, de New-York, bien connu par sa méthode de traitement du mal de Pott.

M. JABOUVILLE, étudiant à Poitiers.

M. BONENFANT, de Linselles (Nord). Nous adressons à sa famille, qui compte deux confrères, les docteurs Firmin BONENFANT, son fils, THIBAUT, agrégé à la Faculté, son gendre, l'expression de nos condoléances émues.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des Voies biliaires, par le Dr PAUCHET, ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris, chirurgien des Hôpitaux d'Amiens. 1 vol. in-16 de 95 pages, avec figures, cartonné. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris............................ 1 fr. 50

La chirurgie joue actuellement un rôle actif dans la thérapeutique des affections des voies biliaires. Qu'il s'agisse de faire disparaître des accès répétés de coliques hépatiques, de lever un obstacle au cours de la bile chez un sujet ictérique, ou de drainer la vésicule chez un malade atteint d'une affection de l'arbre biliaire, les indications opératoires sont multiples. Jusqu'ici, les traités de pathologie médicale, tout en signalant au médecin le rôle du chirurgien, n'insistent pas assez sur l'instant opportun de l'acte opératoire. Aujourd'hui encore, les malades ne sont amenés à une intervention qu'après avoir épuisé toutes les ressources du traitement médical. Les insuccès qui assombrissent les statistiques n'ont d'autre cause que ces interventions trop tardives, pratiquées chez des sujets intoxiqués par la résorption biliaire, chez lesquels la cellule hépatique a partiellement perdu sa fonction et dont la vitalité est amoindrie. M. le Dr PAUCHET publie, dans les *Actualités médicales*, une intéressante monographie où il signale les affections de l'arbre biliaire qui peuvent necessiter l'intervention du chirurgien et insiste sur les symptômes spéciaux qui révèlent l'opportunité opératoire.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

Fracture du condyle interne du tibia avec fissures épiphyso-diaphysaires et subluxation du genou en dehors, par le docteur BERTIN-SANS et JEANBRAU, tiré à part des *Archives d'électricité médicale*, 1900.

Nouvel appareil pour repérer sur les clichés radiographiques la position de la source des rayons X, par le docteur BERTIN-SANS, tiré à part des *Archives d'électricité médicale*, 1900.

Détermination du point d'incidence normale en radiographie, par le docteur H. BERTIN-SANS, tiré à part des *Archives d'électricité médicale*, 1900.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 201. Quatrième Année. N° 46. — Le Numéro : **10 centimes.** 18 Novembre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS

Les amis et les élèves du professeur De Lapersonne, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, ont décidé de lui offrir un banquet, à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'Honneur. Ce banquet aura lieu sous la présidence de M. le professeur Folet, doyen honoraire, le Samedi 1er décembre, à 7 h. 1/2, à l'Hôtel Delannoy, 210, rue Nationale, à Lille; la cotisation en est fixée à 12 fr.

Les Confrères qui seraient désireux de participer à cette manifestation de sympathie donnée au doyen de notre Faculté, sont priés d'envoyer leur adhésion au secrétaire du comité, M. le docteur Painblan, 6, boulevard des Ecoles, Lille.

L'adhésion des étudiants sera reçue dans les mêmes conditions que celle des docteurs.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ

Hémianopsie et centres visuels

(Leçon faite le 8 novembre à l'hôpital Saint-Sauveur)

Par le professeur **F. de Lapersonne**

MESSIEURS,

Nous avons observé récemment à la clinique plusieurs cas d'hémianopsie qui me fournissent l'occasion de vous parler de ce symptôme important au point de vue des localisations cérébrales. Je serai ainsi amené à vous indiquer les dernières acquisitions scientifiques sur le trajet intra-cérébral des voies optiques, qui ont été l'objet de si intéressantes discussions à la section ophtalmologique du dernier Congrès international de Médecine.

Par *hémianopsie* il faut entendre l'abolition de la vision dans la moitié de deux champs visuels (1). Elle est verticale si la ligne de séparation entre la partie voyante et la partie obscure est verticale. Beaucoup plus rarement elle est horizontale : le Dr GRAND a cité dans sa thèse un exemple remarquable de cette dernière variété observé à la clinique. L'hémianopsie est homonyme si les moitiés droites ou les moitiés gauches des deux champs visuels sont abolies; elle est hétéronyme si les moitiés temporales, ou les moitiés nasales sont prises en même temps.

Nous ne nous occuperons ici que de l'hémianopsie verticale homonyme, les autres étant des raretés. Nous laisserons aussi de côté, dans cette leçon, la question de l'hémiachromatopsie, dont l'étude est loin d'être avancée.

L'employé de chemin de fer, que vous avez vu il y a quelques jours à la consultation, présente un type assez classique de ce trouble visuel. C'est un homme de 64 ans, arthritique, dont les artères sont un peu dures et flexueuses. Il n'est pas alcoolique et nie toute syphilis, mais il y a quelques réserves à faire à cet égard. Depuis longtemps sa vue faiblissait, lorsqu'il y a un mois il a eu de violentes douleurs de tête, et un matin, en faisant son service à la gare, il a été pris de vertige, d'embarras de la parole, de trouble considérable de la vue. Ramené chez lui, son

(1) Le terme d'hémianopsie, proposé par Hirschberg et Monnoyer, est préférable à celui de hémiopsie. Il vient ἥμισυς, moitié; α, privatif; ὤψ, je vois.

médecin n'a constaté ni ictus apoplectique ni hémiplégie.

Lors de notre premier examen l'intelligence était revenue et il pouvait fort bien répondre à nos questions. Nous constatons des synéchies postérieures, traces d'anciennes iritis, quelques rayons de cataracte corticale qui ne gênent pas l'examen du fond de l'œil, absolument normal d'ailleurs. V. = $\frac{1}{6}$ à droite, V. = $\frac{1}{8}$ à gauche pour la distance. Avec des verres convexes, il lit lentement mais correctement ; pas de cécité verbale, ni d'agraphie. Les lésions constatées pouvaient expliquer le trouble observé par le malade, mais en examinant le champ visuel nous avons découvert une hémianopsie droite très nette, vers laquelle le malade n'avait nullement attiré notre attention (fig. 1).

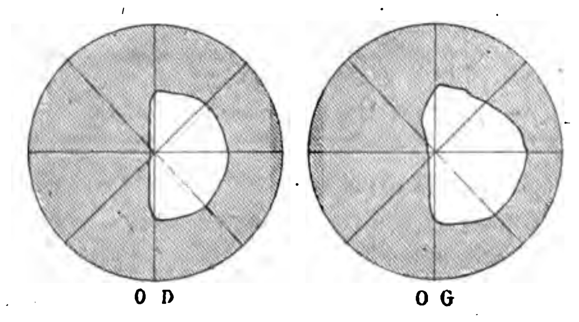


Fig. 1.

C'est là un fait très fréquent : lorsque les malades arrivent à s'en rendre compte, c'est tout à fait par hasard. On cite volontiers le malade de GUÉNEAU DE MUSSY qui, en jouant au billard, s'était aperçu que les billes disparaissaient lorsqu'elles passaient à sa gauche.

Ne croyez pas, du reste, qu'il s'agisse toujours de sujets illettrés, obnubilés ou aphasiques. Il y a quelques jours à peine, un de nos confrères, très instruit et très intelligent, venait me consulter et me racontait qu'ayant été pris de douleurs de tête, de vomissements et de gêne de la vue, il n'avait pu définir le trouble dont il se plaignait et c'était après plusieurs examens qu'on avait fini par découvrir l'hémianopsie. Dès lors il s'était facilement expliqué la gêne qu'il éprouvait. Comme s'il s'agissait d'une hémianopsie droite (fig. 2), la lecture lui était difficile parce qu'en lisant de gauche à droite les mots disparaissaient devant lui et il lui fallait embrasser la ligne tout entière, en une seule fois, pour arriver à lire couramment. Quand il s'agit d'une hémianopsie gauche, la lecture de gauche à droite est facile, mais il est impossible de revenir à la ligne ; on voit alors les malades marquer chaque ligne du doigt.

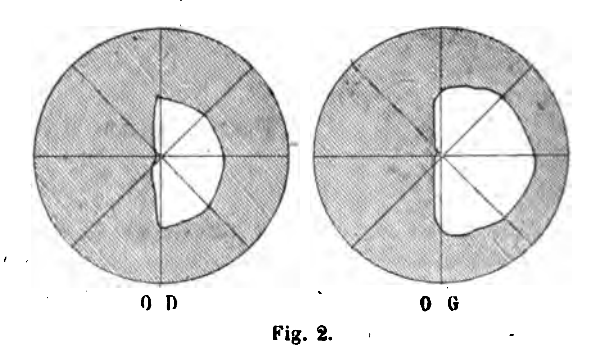


Fig. 2.

En dehors de ces troubles fonctionnels, l'examen de l'œil ne donne presque aucune indication. A de rares exceptions près, il n'existe aucun trouble du nerf optique, de la rétine ou des milieux de l'œil. Du côté de la pupille même, le signe de Wernicke, c'est-à-dire la contraction de la pupille dans la moitié voyante, n'est pas toujours appréciable.

Si les malades voient bien en face et s'ils peuvent, sauf dans le cas de cécité verbale, lire les plus fins caractères de l'échelle typographique, c'est que le point de fixation n'est pas pris, c'est que la vision maculaire est conservée. C'est là un fait capital sur lequel nous reviendrons ; il est bien indiqué dans les tracés ci-dessus. Ce fait, constaté facilement avec le périmètre, n'a été mis en lumière que depuis quelques années, et il ne faut pas remonter bien loin pour trouver dans les auteurs tous les tracés passant exactement par le point de fixation.

Un dernier point avant de quitter cette question. Vous remarquez que les champs visuels sont inégaux : C'est un fait physiologique, la partie interne ou nasale étant toujours moins étendue que la partie temporale.

Le signe hémianopsie nous étant connu, quelle interprétation devons-nous en donner ? Si l'on jette un coup d'œil sur la figure (3), on voit que la demi-sphère que nous embrassons du regard est représentée par une ligne demi-circulaire, pointillée à gauche, pleine à droite. Il est facile de se rendre compte que les objets situés à droite sont vus par les moitiés gauches des deux rétines (ligne pleine). Pour qu'il y ait hémianopsie, il faut donc admettre que l'innervation des deux moitiés homonymes vient de la même région du cerveau, du même hémisphère, et cela, parce que, dans le chiasma, les fibres optiques subissent un entrecroisement partiel. Cette figure vous indique encore que dans une hémia-

nopsie droite, on aura affaire à une altération de l'hémisphère gauche et réciproquement.

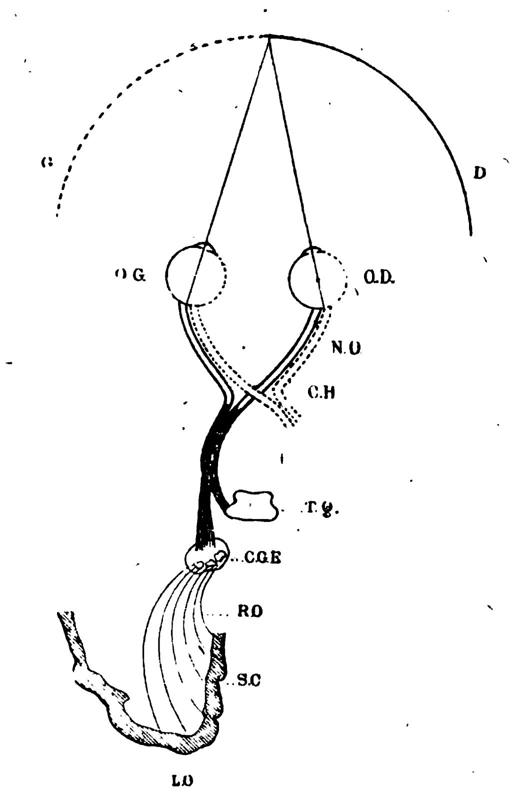


Fig. 3. — G, côté gauche ; D, côté droit. — O G, O. D, œil gauche, œil droit — N. O, nerf optique. — CH, chiasma. — T. Q, tubercules quadrijumeaux. — C. G. E, Corps genouillé externe. — R. O, radiations optiques. — S. O, scissure calcarine. — L. O, lobe occipital.

Cette hypothèse de l'entrecroisement partiel ou semi-decussation des nerfs optiques dans le chiasma, admise depuis Newton, semblait parfaitement confirmée par les recherches anatomiques des Wenzel, Hannover et Stilling, les preuves physiologiques de J. Müller et Nicati et surtout les belles expériences de Gudden. Elle a été remise en question par Michel (de Würzbourg) et Kölliker : ces auteurs ont soutenu que chez l'homme, comme chez les vertébrés inférieurs, il y avait entrecroisement total. La haute autorité de ces savants a entraîné un courant d'opinions qui, pendant quelque temps, a singulièrement embrouillé la question de l'hémianopsie. Il a fallu que Ramon y Cajal apporte la preuve anatomique de l'entrecroisement partiel et l'illustre Kölliker s'est incliné. Traitant les nerfs optiques d'embryons ou de nouveau-nés par les méthodes de Golgi et de Marchi, il a pu suivre dans le chiasma les fibres non croisées. Il a montré de plus que certaines fibres envoyaient des ramifications dans les deux hémisphères. Il s'agit peut-être de fibres de la macula.

Cette disposition dans le chiasma, qui a donné lieu à tant de controverses, paraît être en rapport avec la vision binoculaire. Chez les vertébrés inférieurs, qui n'ont pas de vision binoculaire, l'entrecroisement est en effet total. A mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale et que la vision binoculaire est plus complète, l'entrecroisement partiel apparaît.

Si nous suivons les fibres optiques en arrière du chiasma, nous voyons que chaque bandelette optique contient le faisceau direct et le faisceau croisé, mais aussi le volumineux faisceau maculaire, les fibres de la commissure de Gudden et de nombreuses fibres d'association. Les bandelettes se jettent dans les ganglions centraux, c'est-à-dire les corps genouillés internes et externes, les tubercules quadrijumeaux, le pulvinar. Quelques-uns de ces ganglions n'ont aucune relation avec les voies optiques, ce sont le corps genouillé interne et les tubercules quadrijumeaux antérieurs D'autres ne paraissent contenir que des fibres d'association. Seul, le corps genouillé externe contient des fibres qui transmettent l'impression visuelle directe aux voies optiques postérieures.

Quelle est la disposition des fibres dans le corps genouillé externe ? c'est ce que nous ont fait connaître des recherches extrêmement intéressantes de Monakow, confirmées par Ramon y Cajal. Le ganglion est entouré d'une sorte de gaîne formée par les fibres nerveuses. Beaucoup de ces fibres s'enfoncent dans son épaisseur et se terminent par des ramifications dendritiques dans l'interstice des grosses cellules ganglionnaires. De ces cellules partent des prolongements qui vont vers le lobe occipital. Il n'y a donc pas continuité directe des voies optiques et il faut admettre l'existence de deux *neurones,* l'un antérieur, l'autre postérieur.

Les fibres du deuxième neurone forment, dans la substance blanche du lobe occipital, les radiations optiques de Gratiolet. Mais dans quelle portion de l'écorce grise ces fibres vont-elles se rendre, c'est là ce que l'anatomie a été jusqu'ici impuissante à reconnaître et il faut s'en tenir aux résultats contradictoires de l'expérimentation et à l'interprétation des faits anatomo-cliniques, en particulier aux observations d'hémianopsie, suivies d'autopsies.

Ici encore l'accord est loin d'être fait. Depuis les travaux de Ferrier (1878) qui localisait le centre visuel à la face externe de l'hémisphère vers le pli

courbe, beaucoup d'auteurs ont essayé de démontrer que ce centre siégeait plus en arrière, à la face interne du lobe occipital (NOTHNAGEL, MAUTHNER, WILBRAND, etc.). SEGUIN a cru pouvoir admettre une localisation plus précise encore, la moitié supérieure de la rétine répondant à la circonvolution du coin, la partie inférieure au lobe lingual, revenant ainsi aux idées soutenues par MUNK d'après l'expérimentation sur le singe. En France, DÉJERINE et son élève VIALET ont cherché à démontrer que le centre cortical de la vision occupe toute l'étendue de la face interne, limité en avant par la perpendiculaire interne, en haut par le bord supérieur de l'hémisphère, en bas par le bord inférieur de la troisième occipitale, en arrière par le pôle occipital.

Une opinion toute spéciale a été soutenue avec beaucoup d'énergie par HENSCHEN (d'Upsal) depuis 1892 et récemment encore dans un rapport remarquable à la section d'ophtalmologie du Congrès international. S'appuyant sur l'examen approfondi de tous les cas publiés et sur un cas qu'il a observé avec NORDENSON il localise exactement le centre visuel aux lèvres de la scissure calcarine (fig. 4. Voir le pointillé.)



Fig. 4.

Une réaction tend à se produire contre ce qu'on a appelé cette tendance aux localisations à outrance. Elle est surtout représentée par MONAKOW qui, dans des dernières publications, dit que la sphère visuelle, en outre de toute l'écorce des circonvolutions occipitales, contient encore au moins une partie du gyrus angulaire. L'hémianopsie corticale pure est, à son avis, impossible, et dans tous les cas, même celui de NORDENSON-HENSCHEN, on doit trouver des altérations de la substance blanche sous-jacente des radiations optiques.

Quant à la macula, si elle échappe à l'altération hémianopsique, c'est qu'elle reçoit des filets des deux hémisphères, d'après une hypothèse de WILBRAND, admise par HENSCHEN ; peut-être s'agit-il de ces fibres bifurquées trouvées dans le chiasma par RAMON Y CAJAL. Mais ici encore HENSCHEN est essentiellement localisateur, puisqu'il place le centre cortical de la macula à la partie antérieure de la scissure calcarine. Tandis que MONAKOW pense que les fibres de la macula s'irradient dans tout le lobe occipital et se rendent dans des cellules disséminées dans la substance grise de ce lobe.

S'il m'était possible de donner mon opinion, basée sur l'étude des nombreux documents publiés sur cette question, je dirais que sans aller jusqu'à la localisation, peut être trop précise de HENSCHEN, j'admets volontiers que le centre visuel est situé dans les deux circonvolutions qui bordent la scissure calcarine, cuneus et lobule lingual.

Les considérations anatomiques dans lesquelles nous venons d'entrer sur le trajet des fibres optiques vous prouvent que pour arriver au diagnostic de la localisation, il faut grouper avec soin les symptômes qui accompagnent l'hémianopsie.

Qu'il y ait en même temps paralysie d'un ou de plusieurs nerfs moteurs de l'œil, avec stase papillaire, on devra penser à une tumeur, à une gomme ou une exostose syphilitique siégeant à la base, immédiatement en arrière du chiasma ; il nous a été donné de voir un cas de ce genre.

Dans les cas classiques de HIRSCHBERG et de GOWERS, l'hémianopsie s'accompagnait d'hémiplégie, d'aphasie et même d'hémichorée, en raison de la proximité des ventricules : l'autopsie fit reconnaître un large néoplasme qui, occupant le lobe frontal, était arrivé à comprimer la bandelette optique.

Plus fréquemment la lésion siège vers la partie postérieure de la couche optique et atteint les ganglions centraux, en particulier le corps genouillé interne. Dans un cas, une hémorrhagie ayant détruit la partie postérieure de la capsule interne, la partie postérieure de la couche optique et une partie des ganglions, du côté droit, GOWERS put affirmer qu'il avait dû exister de l'hémianopsie. En effet, JACKSON, qui avait suivi le malade, avait observé de l'hémianopsie gauche, de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie. D'ailleurs, d'après POWERS, dans presque tous les cas d'hémianopsie centrale, avec hémiplégie, il existerait une hémianopsie difficilement appréciable au début, qui serait tantôt transitoire et tantôt permanente.

Si l'hémianopsie est isolée, il est possible de songer à une lésion assez localisée aux parties que nous avons

signalées dans le lobe occipital. C'est sans doute le cas chez l'employé dn chemin de fer et chez le docteur dont je vous ai parlé au commencement de cette leçon, qui ont fait, probablement, un foyer localisé de ramollissement par thrombose d'une des branches de l'occipitale.

Bien qu'il se soit agi dans l'un et l'autre cas d'une hémianopsie droite, nous n'avons pas observé de cécité verbale, et ceci vient à l'appui de l'opinion de HENSCHEN. Mais il faut reconnaître que plus souvent encore l'hémianopsie droite s'accompagne de cécité verbale, c'est-à-dire de la perte de la vision spéciale des mots, que vous ne devez pas confondre avec l'aphasie motrice ou trouble de l'articulation des mots. Pour ma part, j'ai observé cinq cas de ce genre, et l'une de ces observations, très complète, a été publiée par le Dr BRUNELLE dans le *Bulletin médical du Nord*, 1890. Or, il est bien démontré que la cécité verbale est due à une lésion de l'écorce du pli courbe, à la surface externe de l'hémisphère gauche Devons-nous pour cela localiser dans la même région le centre visuel, nous ne le pensons pas.

Il s'agit d'altérations assez étendues pénétrant plus ou moins profondément dans la substance blanche et intéressant les radiations optiques de GRATIOLET. Vous savez que les ramollissements par thrombose produisent, du fait même de la distribution des vaisseaux, une altération en coin s'enfonçant plus ou moins dans la substance blanche sous-jacente.

Je n'insisterai pas sur la nature des lésions qui produisent l'hémianopsie, ce sont les hémorrhagies, les ramollissements par thrombose, les traumatismes graves du crâne, avec ou sans corps étrangers, les néoplasmes, enfin, les lésions syphilitiques. La syphilis, plus que toute autre, peut produire des lésions localisées par endartérite d'une petite artère et je pense bien que dans un des cas cités plus haut, nous avons eu affaire à une lésion de ce genre.

Je n'ai pas à vous parler du traitement de l'hémianopsie, qui est en somme le traitement de l'affection causale. Mais, en terminant, je voudrais vous dire quelques mots de son pronostic. Il est certain, et WILBRAND l'a bien démontré, qu'il y a des hémianopsies transitoires : toutes celles qui se produisent par compression des fibres nerveuses sans destruction des voies optiques. Alors même que la lésion est définitive, on peut voir le champ visuel augmenter sensiblement d'étendue et tous les troubles qui accompagnent l'hémianopsie s'atténuer au point de ne plus guère gêner la vision. L'histoire d'un malade que j'observe depuis quatre ans, dans ma clientèle, est des plus caractéristiques à cet égard :

M. D..., soixante-cinq ans, s'est présenté chez moi à la fin de juin 1897. Il s'agit d'un athéromateux, alcoolique. Il y a trois mois, il a eu une attaque d'apoplexie et il est resté plusieurs jours sans connaissance. La langue a été longtemps embarrassée, il a encore une hémiplégie droite incomplète, sans hémianesthésie. L'examen de l'œil droit n'indique aucune lésion, par le périmètre je constate une hémianopsie droite avec conservation de la vision centrale, mais diminution sensible de l'acuité visuelle dans la partie voyante $V. = \frac{1}{8}$. C'est à grand peine, et au moyen du tableau typographique employé pour les illettrés, que je peux arriver à ce résultat, car M. D... présente en outre d'un léger degré d'aphasie motrice, un trouble absolu de l'usage des signes, agraphie et cécité verbale.

Quatre mois après, le 19 octobre, l'hémiplégie a presque complètement disparu, l'hémianopsie est aussi complète, mais l'acuité visuelle est égale à $\frac{2}{3}$ avec $+ 1,50$ D. Le malade ne présente plus d'aphasie, il a repris la mémoire des mots, mais il conserve une agraphie et une cécité verbale complète, il est dans l'impossibilité de lire et d'écrire.

Au bout d'un an (juin 1898) M. D... a petit à petit repris la lecture des caractères imprimés : il me signale qu'il a été obligé d'apprendre l'alphabet lettre par lettre. A ce moment il lit couramment les caractères imprimés, il écrit mais il ne peut pas relire son écriture, pas plus d'ailleurs que tous les caractères manuscrits.

Enfin j'ai revu le malade tout récemment (août 1900) et j'ai été étonné de l'étendue de son champ visuel, qui s'est beaucoup augmenté du côté hémianopsique. La lecture de gauche à droite n'est presque pas gênée, bien qu'il lise un peu lentement. Il n'y a plus trace de cécité verbale ni d'agraphie. M. D... a repris sa vie active et il ne pèchera plus !

De l'écrouelle syphilitique
Bubon syphilitique ramolli

Par M. le Docteur Patoir, Médecin des Hôpitaux.

L'adénopathie qui accompagne le chancre syphilitique se présente dans l'immense majorité des cas avec les caractères suivants : Elle est polyganglionnaire, dure, indolore, et les ganglions qui la composent, séparés les uns des autres, roulent librement sous la peau. De plus, tandis que les adénopathies qui dépendent soit des plaies inflammatoires des organes génitaux, soit de la blennorrhagie, soit surtout de la chancrelle se ramollissent et suppurent assez facile-

ment, le ganglion satellite du syphilome primaire ne suppure pas, à moins que l'ulcération syphilitique ne soit elle-même infectée secondairement par un microbe pyogène qu'on retrouve alors dans le pus de l'adénite ou qu'il y ait association entre le chancre spécifique et la chancrelle.

Mais à côté de cette suppuration, qui est vraiment une complication de l'ulcération spécifique, on peut observer beaucoup plus rarement encore un ramollissement, une nécrose aseptique (du moins en ce qui concerne les microbes que nous connaissons) d'une partie des ganglions. Cette fonte est spécifique, c'est-à-dire qu'elle reconnaît pour cause la syphilis elle-même et qu'aucune infection secondaire n'intervient pour la produire. C'est ce que Leloir appelait l'écrouelle syphilitique.

C'est un accident de ce genre qu'on trouvera relaté dans l'observation suivante :

Observation. — La nommée M..., Zoé, 25 ans, fille publique, est entrée au Pavillon Saint-Côme, le 17 novembre 1899.

C'est une grande fille, vigoureusement charpentée, mais de peau très blanche et de chevelure rousse, qui présente le type attribué par Landouzy aux candidats à la tuberculose. Comme toutes les filles de maison elle a des habitudes fortement alcooliques, sans présenter pourtant les signes de l'intoxication éthylique.

Elle n'a jamais eu, dit-elle, d'accidents vénériens. D'ailleurs tout son passé est indemne d'antécédents morbides. Ses parents sont vivants et bien portants

Réglée à 18 ans, elle a fait, il y a 4 mois, une perte. Elle était enceinte d'environ 3 mois.

Elle dit avoir ignoré, jusqu'à son entrée, qu'elle portait une lésion à la vulve. Elle ne peut donc nous renseigner sur la chronologie des accidents que nous constatons à la première visite.

Actuellement la malade présente sur la partie gauche de la vulve deux petites ulcérations.

La première est située à l'angle de la petite lèvre gauche et du méat urinaire. Elle est en feuillet de livre, c'est-à-dire formée de deux petites surfaces ulcérées, l'une sur la partie externe du méat, l'autre sur la partie interne de la petite lèvre gauche, se juxtaposant et se confondant par leur partie profonde. En écartant la petite lèvre on voit que l'ulcération, cachée dans ce repli, a la dimension d'une pièce de 20 centimes ; les bords en sont irréguliers, déchiquetés, légèrement taillés à pic. — Elle est peu profonde et recouverte d'une fausse membrane diphtéroïde, très mince, peu adhérente, de couleur grisâtre. Cette fausse membrane enlevée, le fond de la plaie est rouge vif, chair musculaire, un peu saignant. — Pas de signe de l'expression du suc. — Elle ne repose pas sur un fond induré et les tissus avoisinants sont normaux. — Aucune douleur spontanée ou provoquée.

La seconde ulcération est située en dessous de la précédente, sur une des caroncules myrtiformes du bord supérieur. Plus petite, elle offre le même aspect mais sans fausse membrane.

Dans le pli inguinal gauche, plusieurs ganglions, la plupart petits, durs, roulant sous le doigt, indolores. Deux sont plus gros et atteignent le volume d'une petite noix. La peau qui les recouvre est normale.

Le diagnostic balance entre un chancre infectant ou une chancrelle. On pratique l'inoculation au bras gauche.

20 novembre. — L'inoculation n'a rien donné. — Le diagnostic de chancre syphilitique se confirme donc. Le traitement se borne à des lotions antiseptiques légères et à des injections vaginales au sublimé à 1/4000.

30 novembre. — L'état des ulcérations reste sensiblement stationnaire. — Mais les ganglions du pli inguinal gauche ont pris un volume considérable. — Ils semblent s'être fusionnés et forment une tumeur très grosse et très visible. — Cette masse est d'ailleurs toujours dure, indolore, bien qu'il paraisse y avoir adhérence en un point à la peau qui a rougi légèrement. La malade n'est aucunement gênée par cette masse ganglionnaire. Elle peut marcher, s'asseoir, enfin mener la vie ordinaire des filles sans ressentir le moindre malaise. Prescriptions : Onctions journalières à la pommade mercurielle belladonée et repos absolu.

5 décembre. — État stationnaire des ulcérations. — La masse des ganglions a encore augmenté de volume ; elle est grosse comme un fort œuf de poule. L'adhérence à la peau est très nette, cette adhérence se sent sur une surface à peu près grande comme une pièce de deux francs. — Au centre de la partie adhérente, le doigt perçoit une petite dépression, tandis qu'au pourtour la masse reste dure. — Aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle.

Les jours suivants, l'adhérence à la peau s'étend à toute la tumeur, et la zone de ramollissement central s'accentue : on la sent très nettement. — La peau est rouge-sombre, parcourue de fines vascularisations, semblable à première vue à celle qui recouvrirait une tumeur maligne, elle n'est d'ailleurs ni chaude, ni douloureuse. Elle n'est pas tendue ; au contraire, elle forme une dépression qui s'enfonce au centre de la tumeur et que la palpation accentue. Au niveau de la surface déprimée, nous ne percevons pas de fluctuation.

19 décembre. — Après quelques hésitations sur la conduite à tenir, l'intervention est décidée ; la tumeur est incisée parallèlement au pli de l'aine sur une longueur de trois centimètres. — L'incision permet de reconnaître une cavité d'où il ne sort pas une seule goutte de pus, — mais seulement quelques débris filamenteux, floconneux, de couleur blanc grisâtre. — Ces débris sont recueillis dans des tubes stérilisés. — On recueille également, à l'aide de pipette, du liquide au fond de la cavité.

Le doigt introduit dans la plaie tombe dans une cavité anfractueuse, limitée de tous côtés par des masses dures, et assez grande pour y loger une noix. La cavité irriguée et débarrassée du sang, est cauté-

risée au nitrate d'argent et bourrée de gaze recouverte d'onguent napolitain.

Les débris, ensemencés sur bouillon, sur gélatine et sur gélose, n'ont pas donné de cultures. Observés pendant plus de trois semaines, les tubes sont restés stériles.

La plaie se cicatrise normalement. Les ulcérations diminuent petit à petit, et vers le début de janvier 1900 le diagnostic de syphilis s'affirmant, la malade est mise aux injections hebdomadaires d'huile grise.

Elles sort en bon état le 2 février 1900.

Il ne s'agit évidemment pas ici d'une inflammation aiguë des ganglions. Non seulement les caractères extérieurs de douleur, de tuméfaction, de chaleur manquent, mais l'incision ne donne pas issue à du pus, et les quelques lambeaux nécrosés qui sont recueillis restent stériles. C'est donc bien à un ramollissement, à une fonte nécrosique que nous avons affaire.

Cette nécrose des ganglions doit être très rare puisque la plupart des syphiligraphes n'en font aucune mention. Le professeur Fournier (Traité de la syphilis, 1898, p. 55 et suivantes) ne la comprend pas dans les cinq variétés du bubon syphilitique. Même silence dans le traité de Diday (1), de du Castel (2), de Finger (3) et de Jullien (4). Mauriac (5) seul en parle très explicitement dans les lignes suivantes : « Un mode de processus qui s'éloigne du précédent (la suppuration) quoiqu'il aboutisse à une collection liquide et qu'il ait des allures demi-inflammatoires, c'est cette espèce de ramollissement à marche lente, chronique, qui s'empare peu à peu de un ou plusieurs ganglions hyperplasiés, sans cause appréciable, ou à la suite d'une irritation quelconque dans le district lymphatique du chancre. L'adénopathie symptomatique devient un peu douloureuse ; elle grossit et adhère à la peau qui prend une teinte d'un rouge sombre, et, au bout de cinq ou six jours, elle est fluctuante. Tous ces phénomènes de réaction locale sont aussi atténués que possible et beaucoup moins aigus que ceux de l'adénite phlegmoneuse sympathique. Si on ouvre l'abcès, il en sort un pus séreux, froid, qui n'est pas du pus d'inflammation franche. »

(1) Diday : La pratique des maladies vénériennes.

(2) Du Castel : Chancres génitaux et extra-génitaux. Collection Charcot-Debove. Affections ulcéreuses des organes génitaux (Leçons cliniques sur les) 1890.

(3) Finger : La syphilis et les mal. vénérienn s Traduct. fran. de Doyon et Spillmann.

(4) Jullien : Traité pratique des maladies vénériennes. 18[illegible]9.

(5) Mauriac : Syphilis primitive et syphilis secondaire, p. 387.

C'est sans doute à des faits du même genre que Larat (1) qui d'ailleurs semble en méconnaître la nature, fait allusion en disant que lorsque la suppuration « semblait le plus inévitable, l'ouverture de l'abcès était souvent prévenue par une résorption spontanée.

Comme nous l'avons dit, il ne s'agit pas ici d'un véritable abcès puisque les produits, d'ailleurs si minimes, contenus dans la poche ramollie, sont stériles, et que tous les caractères extérieurs de la suppuration font défaut. C'est à un processus nécrobiotique qu'il faut attribuer cette fonte ganglionnaire. Et son mécanisme nous paraît être le même que celui de tous les ramollissements, quels qu'ils soient : la suppression des voies vasculaires. On se rend compte en effet que l'hyperplasie ganglionnaire, quand elle atteint un certain degré, provoque des lésions de périartérite spécifique autour des artères ganglionnaires. Sans qu'on puisse l'affirmer, puisque l'examen histologique n'a pas été fait, les lésions ne se bornent pas là et gagnent l'endartère. De là à l'oblitération des vaisseaux nutritifs il n'y a qu'un pas. Le processus est trop dans les habitudes de la syphilis pour n'être pas vraisemblable dans le cas présent. Naturellement ce sera plutôt le centre de la masse ganglionnaire qui se ramollira et cela d'autant plus qu'il est enserré dans la gangue des ganglions périphériques hypertrophiés et que les artères qui auraient pu échapper à l'endartérite sont comprimées et leur apport sanguin supprimé. Ainsi se fait, selon nous, cette nécrose des ganglions. La syphilis en est la cause essentielle et point n'est besoin d'invoquer pour l'expliquer une infection secondaire.

L'aspect clinique des ganglions en voie de ramollissement n'est pas tellement typique qu'il n'y ait pas à hésiter dans le diagnostic à porter. On éliminera vite la suppuration vraie de l'adénite aiguë telle qu'on l'observe à la suite du chancre mou par exemple : on ne trouve ici aucun des signes de l'inflammation franche. Il y a bien la rougeur, mais elle n'a pas la vivacité de celle qu'on note sur les bubons enflammés. Il est une autre variété avec laquelle ce ramollissement serait facilement confondue : le bubon syphilio strumeux. Cette confusion se ferait d'autant mieux que les premiers stades de l'un et de l'autre se ressemblent. C'est en effet quand le bubon prend la forme dite du bubon congloméré, c'est-à-dire quand les ganglions,

(1) Larat, cité par Jullien. Maladies vénériennes.

au lieu d'être isolés, et indépendants, se réunissent en une masse unique, qu'on peut craindre le ramollissement central de cette masse et cela pour les raisons que nous avons déjà fait valoir.

C'est aussi à cette forme conglomérée que succède le bubon syphilo-strumeux. De plus, c'est sur le même terrain qu'évolue la fonte nécrobiotique et la fonte strumeuse. Chez notre malade, en effet, nous avons relevé les signes extérieurs du lymphatisme, entre autres la pâleur des téguments et la couleur des cheveux et il n'aurait pas été surprenant qu'elle présentât un bubon syphilo-strumeux. Il faut donc être très réservé sur la nature de l'adénopathie quand on y relève les premiers signes du ramollissement.

Mais à la parité des terrains et aux premiers stades de l'évolution s'arrêtent les ressemblances entre les deux formes. C'est qu'en effet, les deux processus sont tout à fait différents dans leur origine. Dans l'un il s'agit d'une tuberculose surajoutée à la syphilis : c'est le *scrofulate de vérole* de RICORD ; dans l'autre la syphilis seule est en jeu. — Aussi l'évolution de ces deux bubons est-elle dissemblable. — Le bubon syphilo-strumeux se conduit comme un ganglion tuberculeux ; sa marche est lente ; il va vers une suppuration spéciale et quelquefois interminable. — Dans le bubon spécifique ramolli, marche relativement rapide ; suppuration absente ou réduite au minimum, et encore ne s'agit-il pas vraiment de suppuration ; ouvert, le bubon se cicatrise en quelques jours. Nous verrons que, laissé à lui-même, il se résorbe spontanément, ce qui ne se produit pas dans les ganglions tuberculeux. Enfin, on a dans le traitement spécifique un dernier élément de diagnostic.

Ainsi, si l'on a hésité dès le début, on ne tardera pas à être fixé par la marche de l'adénopathie.

Un dernier point reste à examiner. Quelle est la conduite à tenir quand une adénopathie syphilitique présente des caractères de ramollissement ?

Nous avons ouvert et cautérisé. Mais, à parler franchement, nous hésitions sur la nature de la lésion, et malgré les raisons qui auraient dû fixer notre diagnostic, nous pensions quand même à une infection secondaire. On fera mieux de suivre le conseil de MAURIAC, qui conseille d'attendre. On verra, d'après cet auteur; « la tumeur diminuer peu à peu de saillie et d'étendue et disparaître sans laisser aucune trace. Elle se résorbe spontanément ; c'est la règle ».

C'est sans doute cette résorption si facile et son indolence qui ont fait si peu remarquer cet accident que beaucoup d'auteurs n'ont pas cru devoir le signaler. Il nous paraît au contraire utile de mettre ces faits en lumière, ne fût-ce que pour éviter aux autres l'erreur où nous sommes tombés et pour épargner aux malades une cicatrice toujours désagréable. Qu'on ne se presse donc point d'intervenir et qu'on donne le traitement mercuriel. Même quand on peut se croire en face d'un bubon syphilo-strumeux, le traitement spécifique ne peut être qu'utile ; son emploi précisera le diagnostic, et il sera toujours temps d'ouvrir si le mercure n'a point donné les résultats qu'on en attendait.

Spasmes rythmiques des grands droits de l'abdomen
Danse du ventre hystérique.

par le docteur **Ingelrans**, chef de clinique médicale.

Le 5 novembre de cette année entrait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M le professeur COMBEMALE, la nommée Léonie D .., fileuse, âgée de vingt-neuf ans (salle Sainte-Clotilde, numéro 8). Cette femme, mariée et enceinte de quatre mois environ, présentait un excellent état général. Sa santé ne laissait d'ailleurs rien à désirer, mis à part le petit accident pour lequel elle venait se faire soigner. La grossesse actuelle est la quatrième : un enfant est mort en naissant, le second a eu une méningite tuberculeuse, le troisième a six ans et se porte bien.

La date des dernières règles est le 9 juillet ; depuis ce jour le ventre a grossi et on sent l'utérus modérément développé, n'atteignant pas encore à la hauteur de l'ombilic. Tout allait bien, lorsque le 4 novembre après souper, des contractions fréquentes et involontaires survinrent dans la région hypogastrique. Impossible à la malade de s'en rendre maîtresse : sans aucune interruption, des mouvements rapides agitaient le bas du ventre : c'étaient des soubresauts bizarres dont on verra la nature, et qui empêchèrent cette femme de dormir pendant toute la nuit. Elle vint le lundi matin à la consultation et fut examinée le mardi.

Avant même que le ventre soit découvert, on s'aperçoit que des mouvements insolites se passent sous les couvertures : toutes les cinq ou dix secondes, quelque chose d'anormal se produit. C'est une danse du ventre d'espèce particulière, non pas le roulis avec refoulement du paquet intestinal qu'on sait être la manière de danseuses plus ou moins arabes, mais des contractions courtes et fortes des muscles droits de l'abdomen. Ces spasmes sont des plus visibles : ils n'arrivent pas à creuser beaucoup l'abdomen, mais ils amènent une dépression marquée de l'hypogastre. La main perçoit fort bien le durcissement musculaire à ce niveau. Les contractions se succèdent à très peu d'intervalle, par groupes de deux ou trois chaque fois. Pas de douleurs, mais c'est fort gênant : la malade

commence à s'inquiéter, elle désire voir au plus tôt la terminaison de ce tic si subit. Rien n'est plus facile que de la contenter : on applique sur le ventre une couche d'éther picriqué dont la teinte jaune d'or indique un médicament d'une efficacité indiscutable. La danse prend fin et la malade retourne chez elle le lendemain matin, tout à fait guérie.

C'est là toute l'observation : nous avons cherché de tous côtés, nous n'avons relevé aucun stigmate d'hystérie. Il n'y a pas eu de contagion par imitation, mais simplement une légère chute dans un escalier plusieurs semaines auparavant. Faut-il y voir la cause occasionnelle ?

Spasmes rythmiques chez une hystérique, c'est le seul diagnostic possible. La grossesse aura servi sans doute à localiser ces spasmes dans les muscles du ventre, inconsciemment bien entendu, et rien que par l'attention qui devait être, chez cette femme, attirée de ce côté. L'observation n'a rien de curieux, en dehors de la singularité que lui donne le siège du tic, car bien des fois une convulsion localisée aura été l'unique symptôme de la névrose.

« On désigne sous le nom de spasmes rythmiques, dit PITRES, des convulsions généralement brusques et toujours conscientes provoquées par des secousses musculaires qui, se répétant à des intervalles sensiblement égaux, donnent lieu à des mouvements involontaires se reproduisant eux-mêmes régulièrement et pendant un temps souvent fort long, avec une cadence uniforme. » Les spasmes rythmiques systématisés constituent les chorées hystériques ; les spasmes localisés sont limités à un muscle ou à un groupe musculaire, déterminant ainsi des mouvements fort simples comme c'était ici le cas. N'importe quel mouvement peut ainsi devenir spasmodique et je rappellerai par exemple dans ce journal l'observation que M. FOLET a publiée en mars 1872 sous ce titre : *Convulsions rythmiques des épaules de nature hystérique* (*Bulletin médical du Nord*).

Si ces accidents peuvent disparaître vite, ils peuvent aussi s'invétérer : sans insister sur ce point, ni sur l'influence de la grossesse dans le développement de l'hystérie, ce qui serait hors de propos, il y a lieu de rechercher si les muscles abdominaux ont été souvent en jeu dans les observations que l'on possède de tics hystériques. Or il n'y en a qu'une observation publiée à notre connaissance ; c'est celle de LEGNANI : *Spasmi clonici dei retti abdominali d'indole isterica* (1).

(1) *Arch. ital. di clin. med.* t. XXXII, 1893, p. 566.

La fréquence est bien plus grande en ce qui concerne les contractures des muscles abdominaux : MALASPINA en a publié un cas en 1892 (1). GILLES DE LA TOURETTE (2) et LE PILEUR ont vu une dame de 38 ans, souffrant d'une ovarie droite violente et qu'on allait opérer alors qu'il s'agissait de contracture pure et simple. Dans la tympanite hystérique, qui est loin d'être rare, on doit invoquer comme cause la contracture des muscles de la paroi abdominale dans certains cas : un fait de MOIZARD est curieux à cet égard (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 avril 1894). — Il serait superflu d'insister davantage : qu'il suffise d'avoir noté au passage un tic original et heureusement fort court.

Bulletin-Memento des Sociétés savantes

Académie de médecine. — M. BLANCHARD décrit un parasite qu'il considère comme la cause de certains polypes du nez.

Société de Chirurgie. — Longue discussion sur les indications de la trépanation dans les plaies du crâne par armes à feu.

Société de Biologie. — MM. ROGER et WEIL ont pu inoculer la variole humaine au lapin et suivre expérimentalement la marche de cette affection.

Société médicale des Hôpitaux. — M. MERKLEN a observé des embolies pulmonaires dues à des poussées phlébitiques tardives.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

La tête de Bichat

Les dépouilles mortelles de BICHAT ont eu une singulière destinée. M. J. CLARETIE, dans une de ses chroniques du *Temps*, en parle en ces termes : « Sait-on que lorsque CUVIER fut mis dans sa bière, on lui passa une broche en fer à travers la tête, afin qu'on ne pût pas voler sa tête comme on avait *volé* celle de BICHAT ». Un collaborateur de la *Chronique Médicale*, qui *piquait* ce passage en 1898, le faisait suivre de ces réflexions :

« Qu'est-ce à dire ? On aurait volé la tête de BICHAT ! A quelle époque aurait donc eu lieu cette profanation ? Si elle a été accomplie vraiment, « ça se serait su », comme on dit à Carpentras.

Il est certain que l'on inaugura en l'an X (1802) une originale, mais macabre façon, d'honorer un maître chéri..., en conser-

(1) *Gaz. médic. de Pavie.*
(2) *Traité de l'hystérie* t. III, p. 61.

vant sa tête pendant quarante ans à l'état de préparation anatomique! Mais le procédé du Dr Roux, le contemporain de Dupuytren et son adversaire, n'a pas fait école et cette bizarre manifestation d'amitié, curieuse à étudier au point de vue psychologique, est demeurée probablement unique.

»Quoi qu'il en soit le fait est exact. Le corps de Bichat avait été inhumé dans le cimetière Ste-Catherine, dans un petit coin de terre acheté par Girault, son ami et collègue à l'Hôtel-Dieu, et aurait bien pu n'être pas retrouvé si des soins pieux d'amis tels que Girault, Husson, Pariset, Devilliers, n'avaient de temps en temps renouvelé les signes qui marquaient cette sépulture. Le cimetière ayant été supprimé, la Commission du 1er Congrès médical, sur l'initiative du Dr Blatin, malgré une ordonnance royale autorisant le transport des restes mortels de Bichat dans le jardin de l'Ecole anatomique des Hôpitaux de Paris, réussit à obtenir qu'ils fussent exhumés et transportés en grande pompe au cimetière du Père-Lachaise. Le char funèbre, entouré de lauriers, était suivi de 4.000 médecins !

Le 16 novembre 1845, à huit heures du matin, la Commission procéda à l'exhumation, guidée par le Dr Denonvilliers et en présence de quatre membres de la famille de Bichat, dont M. Adet de Roseville, médecin-adjoint de St-Lazare, mari de la nièce de Bichat.

On lit dans le procès-verbal de cette exhumation, rédigé par M. Rigot, chirurgien en chef de l'hôpital de Gaillac (Tarn), l'un des secrétaires du Congrès :

Sous une pierre sépulcrale, verticalement posée, portant l'inscription : A Xavier Bichat, par les membres de la Société d'Instruction médicale, on mit à découvert, à la profondeur de 1 m. 70, dans un terrain d'une sécheresse remarquable, un squelette admirablement conservé, dont les os étaient régulièrement superposés. « L'intégrité des 7 vertèbres cervicales était parfaite ».

Mais la *tête* manquait.

« Vainement une fouille de 0,40 c. de rayon a été faite de côté et d'autre et dans la profondeur du sol pour la retrouver. Alors est intervenu le Pr Roux, lequel a déclaré que, *par des circonstances inutiles à rappeler* dans cet acte, il était devenu possesseur de la tête de Bichat, trois ans après la mort de celui-ci. M. Roux nous a représenté cette tête, en faisant remarquer les particularités suivantes : 1° Une fracture à l'os occipital, fracture *qu'il produisit lui-même, lors de l'autopsie de Bichat* ; 2° L'oblitération des alvéoles de la première grosse molaire supérieure gauche et de la première grosse molaire supérieure droite, que Bichat avait fait arracher dans les derniers temps de sa vie, après en avoir beaucoup souffert, comme il le dit lui-même, à l'article dents de son anatomie générale ; 3° le rapport parfait des condyles de l'occipital avec les condyles de l'atlas découvert dans la fosse, toutes circonstances qui établissent, de manière à ne laisser aucun doute, que *la tête présentée par Roux est celle de Bichat*; et que le squelette découvert en dessous de la pierre tumulaire du cimetière Ste-Catherine, est aussi celui de Bichat.

M. Malgaigne avait disposé dans un cercueil de chêne tous les ossements au fur et à mesure de leur exhumation. M. Roux a complété le corps de Bichat, en lui restituant, *de ses mains*, la tête qui en était séparée depuis 40 ans ».

(Le Scalpel).

Alcoolisme et Hôpital.

M. le Dr Flandrin (*Dauphiné médic.*) fait part à ses confrères d'une intéressante réforme introduite à la Maternité de Grenoble :

Depuis 4 ans, les patientes ne reçoivent plus ni vin, ni alcool. Le lait et l'eau sont les seules boissons permises.

Il y a eu des résistances parmi les femmes mariées moins souples que les filles mères.

Le régime est ainsi établi pour toutes les femmes :

1 litre de lait par jour à toutes les femmes enceintes, bien portantes ;

2 litres par jour à toute femme enceinte présentant le moindre signe d'intoxication gravidique en dehors de l'albuminurie ;

5 litres par jour aux albuminuriques.

Les avantages de ce régime, au point de vue médical, ont été reconnus.

Les mères ont joui d'une excellente santé et les enfants ont été beaux et d'une croissance de poids régulière.

Le résultat budgétaire de ce régime a été un peu lourd. En France, le vin à 0 fr. 35 le litre coûte moins cher que 3 ou 4 litres de lait à 0 fr. 18.

Les médecins de Grenoble ont été les fidèles observateurs du précepte : L'hôpital doit être un centre d'enseignement et d'observation contre l'alcoolisme.

Dr L. D.

Le théâtre Antoine a mis les fous à la mode, et la *Revue encyclopédique* nous apprend quel traitement ils subissaient au dernier siècle. On les enchaînait dans les coins les plus obscurs des prisons. Ils couchaient entre deux planches, de champ, qui enfermaient de la paille. Un seul de ces lits servait à trois et quatre malades qui s'injuriaient, se battaient toute la nuit. Les furieux couchaient dans des auges de pierre, dont on renouvelait la paille tous les quinze jours. Les cellules étaient de vrais cachots, qui n'avaient souvent d'ouverture que la porte. Elles exhalaient une odeur infecte. Comme on ne les chauffait pas, il arrivait que des malades eussent des membres gelés. Parfois, la cellule n'était qu'une cage en bois, exposée à toutes les intempéries. Les aliénés usaient les vêtements de rebut des criminels. Les furieux étaient quelquefois nus : comme ils déchiraient leurs vêtements, on ne leur en donnait pas. Le régime consistait en pain, légumes secs et fromage ; mais souvent on simplifiait le menu et les aliénés recevaient

pour toute nourriture un pain de trois livres tous les deux jours. Les procédés de traitement n'étaient pas moins agréables. On plaçait le malade dans un cylindre qui pivotait autour de son axe, et le malheureux tournait indéfiniment sur lui-même. Quelquefois même, pour rendre la cure plus efficace, on imprimait au système des secousses. On promenait aussi le malade dans une cangue d'osier, d'où sortaient la tête et les pieds. On le couchait dans un panier soigneusement fermé d'un couvercle. On le claquemurait dans une horloge où sa tête figurait le cadran. On le ligottait dans un bateau, auquel on imprimait un mouvement de virage, le pivot étant au centre. On l'enfermait dans une roue où il s'agitait comme un écureuil. Le bain de surprise était fort préconisé : il consistait à jeter inopinément les malades dans la rivière. Si quelques-uns refusaient de se nourrir, on usait de la bouche de fer par laquelle leurs mâchoires étaient si bien écartées, que l'on introduisait directement les aliments dans l'œsophage. Enfin, à la fin du siècle, ce régime cessa. Louis XVI, en 1785, publia une ordonnance sur la manière de traiter les aliénés. En 1793, Pinel, médecin de Bicêtre, obtint difficilement de Couthon, qui voyait partout des suspects, la permission d'enlever les chaînes aux malades. Dès lors, on traita les fous comme des malades, en effet. L'antiquité les avait considérés comme des inspirés et les consultait. Le moyen âge les avait pris pour des réprouvés. Tel est le train des choses et l'admirable suite des idées humaines.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les 15 janvier et 15 juillet de chaque année ont lieu, à Bordeaux, des examens pour l'obtention du certificat de **médecin sanitaire maritime**. Tous renseignements sont donnés par M. le directeur de la Santé, à Pauillac.

UNIVERSITÉS ET ÉCOLES DE PROVINCE

Montpellier. — M. le professeur Mairet vient d'être élu doyen.

Bordeaux. — M. le docteur Gentes est nommé prosecteur après concours.

Rennes. — M. le docteur Duhamel est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— Le 8 juillet 1901, devant la Faculté de médecine de Paris, sera ouvert un **Concours** pour un emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'école de médecine de Rennes. Nommés pour neuf ans, avec un traitement annuel de 2.000 francs, les professeurs suppléants sont chargés, s'il y a lieu, de remplacer les professeurs titulaires et prennent en outre une part active à l'enseignement, ils font des cours complémentaires.

Angers. — M. le docteur Martin est nommé, après concours, chef des travaux anatomiques.

Ecoles de santé de la marine. — M. le docteur Robert, médecin de 1re classe, est nommé professeur de physiologie et d'histologie à Rochefort ; M. le docteur Porquier, professeur de physiologie et d'histologie, à Brest.

HOPITAUX

Marseille. — Lundi 7 janvier 1901 s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu, un **Concours** pour une place de médecin adjoint des hôpitaux.

Lyon. — Un industriel de Gisors, M. Bertholon, a laissé, en mourant, toute sa fortune, soit 800.000 francs, aux hospices de Lyon, sous la clause singulière qu'une tour de 100 mètres avec ascenseur sera élevée dans sa propriété de Gisors par les soins des hospices.

Distinctions honorifiques

Instruction publique. — Sont nommés *officiers d'académie :* M. le médecin principal Bourrat ; M. le docteur Gacon, de Bordeaux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Rançon, chef du service de santé à Pondichéry (Indes françaises) ; Japhet, médecin principal de la marine ; Charles Desfossez, de Saint-Cloud (Seine) ; Gérau, médecin principal de la marine, à Madagascar.

BIBLIOGRAPHIE

Les Maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer (*Abcès froids, adénites, ostéites, tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott, scoliose, luxation congénitale de la hanche, pied bot, etc.*), par M. le docteur Calot, de Berck-sur-Mer. Paris, 1900, 1 vol. in-18, 450 pages. Prix : 2 fr. *broché ;* 2 fr. 50 *cartonné*.

Voici un livre que j'ai ouvert avec quelque prévention, je l'avoue, en raison de son titre, croyant bien entendre chanter à chaque page comme une panacée souveraine, le traitement marin et le séjour... de Berck, avec une variante probablement (l'auteur n'ayant pu oublier qu'il était chirurgien), avec donc probablement un couplet sur le traitement opératoire des tuberculoses externes, pourvu que ce traitement opératoire soit fait au bord de la mer.

Eh bien, ma prévention est tombée dès la première page ; et j'ai vu, après avoir terminé la lecture de l'ouvrage, que ce livre, qui devrait s'intituler plutôt, suivant moi, « le Traitement des Tuberculoses externes », avait été écrit pour tous les médecins, où qu'ils se trouvent, et leur apportait des idées neuves, nettes, d'application facile et fécondes dans le traitement de toutes les tuberculoses externes.

Sur la première page, l'auteur a placé en vedette ces quelques mots :

« Aux tuberculoses fermées, la guérison sûre », maxime expliquée par les deux lignes qui suivent : « Ouvrir les tuberculoses (ou les laisser s'ouvrir), c'est ouvrir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent. »

Voilà l'idée maîtresse du livre.

Et dans les chapitres de l'ouvrage l'on voit se dérouler la démonstration de cette vérité fondamentale et féconde que les

médecins devraient tous avoir devant les yeux en présence d'une tuberculose externe, où qu'ils exercent : à la ville, à la campagne, ou à la mer,

Il m'est impossible de suivre l'auteur dans les divers chapitres où il étudie successivement le traitement des abcès froids des adénites, des ostéites, des tumeurs blanches, de la coxalgie, du mal de Pott,

En somme, le médecin qui est en présence d'une tuberculose externe, doit avoir ce double objectif :

1° Guérir le malade, éteindre le foyer bacillaire ; et le meilleur moyen d'y arriver, c'est de le conserver fermé pour éviter toute infection secondaire, celle-ci étant le grand danger à redouter dans l'évolution des tuberculoses.

Mais si M. Calot ne fait plus d'opérations sanglantes contre la tuberculose, la thérapeutique qu'il préconise n'est pas l'abstention : loin de là ; c'est l'attaque à ciel fermé, à l'abri de l'air, de l'ennemi, par des liquides modificateurs injectés dans le foyer tuberculeux : ce qui permet au médecin d'avancer et d'assurer la guérison.

2° Guérir le malade sans infirmité, amener une guérison intégrale si l'on peut, c'est-à-dire, autant que possible, la guérison des adénites cervicales sans cicatrice, des tumeurs blanches sans impotence fonctionnelle, des maux de Pott sans bosse, de la coxalgie sans boiterie appréciable.

Et M. Calot étudie les moyens d'arriver à ces résultats orthopédiques. Mais ces chapitres ne peuvent guère être résumés ; ils doivent être lus en entier par tous les médecins qui ont à soigner ces diverses maladies. Ceux-ci constateront, avec plaisir, comme moi, que les méthodes thérapeutiques indiquées par l'auteur peuvent être appliquées partout, aussi bien par les médecins des campagnes que par les praticiens des grands centres médicaux.

La 2me partie de l'ouvrage, la moins développée, est consacrée à l'étude des maladies non tuberculeuses de l'enfance que l'auteur a étudiées largement dans les hôpitaux de Berck, aux vices de conformation et aux déformations acquises ; la scoliose, la luxation congénitale de la hanche, le pied bot, la maladie de Little, le rachitisme. Ici encore, on trouvera un exposé très précis et très net du traitement reconnu le meilleur de ces diverses maladies.

Je suis convaincu que ce livre concis, clair, méthodique et essentiellement pratique, est appelé à rendre les plus grands services au public médical.

(Gaz. méd. de Paris.) Marcel BAUDOUIN.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

Total excision of the scapula alone, and with the arm (interscapulothoracie amputation), par le docteur BUCHANAN, chirurgien de Mercy, hôpital de Pittsbourg, tiré à part de *the Philadelphia medical journal*, 1900.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

44 et 45me semaines, du 28 Octobre au 10 Novembre 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	8
3 mois à un an	15	4
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	2	3
5 à 10 ans	»	2
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	8	12
40 à 60 ans	12	16
60 à 80 ans	18	25
80 ans et au-dessus	3	6
Total	73	81

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	1	2	3	2	»	2	»	»	»	»	1	11
Bronchite et pneumonie	2	1	2	1	»	7	2	»	1	»	1	17
Maladies organiques du cœur	»	2	5	1	1	5	1	1	1	»	»	17
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	4	1	5	2	»	»	»	3	»	2	17
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Phthisie pulmonaire	1	1	2	7	2	4	3	2	3	»	»	25
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	2	»	»	»	1	»	»	»	1	»	4
Homicide	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	7	11	9	6	7	11	»	2	5	»	»	58
TOTAL des DÉCÈS	11	24	22	24	12	30	6	5	14	1	5	154
NAISSANCES par Quartier	18	20	43	48	23	19	17	11	26	3	7	238

N° 202. Quatrième Année. N° 47. Le Numéro : 10 centimes. 25 Novembre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

AVIS

Les amis et les élèves du professeur De Lapersonne, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, ont décidé de lui offrir un banquet, à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'Honneur. Ce banquet aura lieu sous la présidence de M. le professeur Folet, doyen honoraire, le Samedi 1er décembre, à 7 h. 1/2, à l'Hôtel Delannoy, 210, rue Nationale, à Lille; la cotisation en est fixée à 12 fr.

Les Confrères qui seraient désireux de participer à cette manifestation de sympathie donnée au doyen de notre Faculté, sont priés d'envoyer leur adhésion au secrétaire du comité, M. le docteur Painblan, 6, boulevard des Ecoles, Lille, avant le jeudi 29 courant.

L'adhésion des étudiants sera reçue dans les mêmes conditions que celle des docteurs. — Tenue de ville.

ERRATUM

Nos lecteurs ont relevé, et certainement corrigé spontanément, l'erreur typographique contenue dans le n° du 18 novembre, page 530, colonne 2, ligne 44, qui a fait dire à M. DE LAPERSONNE *hémianopsie centrale*, au lieu d'*hémorrhagie cérébrale*.

Il faut en effet lire : « D'après POWERS, dans presque tous les cas d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie, il existerait une hémianopsie difficilement appréciable, etc. »

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement du myxœdème et des hypothyroïdies

par le professeur **Combemale**

(Leçon recueillie par M. **Demoulin**, externe du service)

A l'occasion, Messieurs, de ce cas fruste de myxœdème que vous avez eu tout loisir pour observer dans nos salles, je vous ai, dans une leçon clinique, décrit quelques types cliniques bien reconnaissables. Je vous ai présenté cette femme touchant à la quarantaine, conduite par sa parente, que sa face lunaire, ses yeux en coulisse, ses joues plaquées de rose à la façon des poupées, ses traits grotesques et figés, ses mains élargies et boudinées, ses pieds de pachyderme, sa peau si épaissie qu'on n'y peut faire un pli, sa calvitie marginale, sa voix coassante et lente comme ses perceptions et sa mémoire, ses sensations de froid permanent rendaient reconnaissable entre toutes; et je vous ai montré que cette fausse paralytique était en réalité une apathique, chez laquelle l'atrophie du corps thyroïde avait amené la forme clinique du myxœdème, dénommé myxœdème spontané des adultes.

Vous vous souvenez aussi, car je l'ai longuement décrit, du type infantile du myxœdème : cet idiot à grosse tête, d'une laideur repoussante, constamment hébété, dont les cheveux sont des crins, dont la fontanelle est encore ouverte à trente ans, rachitique et hernieux, jamais pubère, très frileux, mais qui, contrairement aux idiots ordinaires, ni ne grimace, ni ne tique, ni ne crie, ni ne se masturbe ; ce doux gâteux, répugnant seulement au mouvement, c'est l'idiot myxœdémateux au maximum ; mais moins bas dans l'échelle, avec les caractères principaux cependant, vous avez pressenti l'imbécile, l'arriéré, l'infantile, que leur glande thyroïde absente ou insuffisamment

développée immobilise dans une intelligence rudimentaire et un squelette imparfait, suivant l'âge où l'action délétère sur la thyroïde est survenue.

Je vous ai signalé, d'autre part, le myxœdème opératoire calqué sur le myxœdème spontané. J'ai appelé votre attention sur les cas où le myxœdème est dermohypodermique, avec nanisme sans phénomènes cérébraux et intellectuels correspondants. Et enfin, d'après Hertoghe, je vous ai esquissé, avec l'aide de quelques exemples pris dans notre consultation quotidienne, la forme fruste du myxœdème, ce qu'il est préférable de dénommer les hypothyroïdies.

Vous avez certainement gardé le souvenir de ces femmes paraissant plus âgées qu'elles ne le sont en réalité, grisonnantes avant l'âge, et chauves aussi avec une lisière frontale et sur la ligne médiane, le sourcil épilé et ivorin dans son tiers externe, édentées ou portant des malformations dentaires, adénoïdiennes et à muqueuses hypertrophiées, de voix rauque, migraineuses du matin, à règles profuses, auxquelles chaque grossesse inflige des caries dentaires et des varices nouvelles ; vous n'avez pas oublié ces mêmes personnes dont la constipation est le mal de toute leur vie, dont le shakehand vous donne la sensation d'un gant bourré de terre glaise, dont le refroidissement accusé et réel est permanent, dont les articulations sont lâches au point que par l'extension les phalangettes vont toucher le poignet. Vous avez retenu aussi l'hypothyroïdien infantile, en retard toujours et pour tout, pour sa dentition, pour la marche, pour l'intelligence, pour la propreté ; vous avez retenu sa peau sèche et fendillée, ses pieds froids, humides et plats, rendez-vous des engelures l'hiver, la carie précoce de ses dents de lait grasses, luisantes, tartrées en noir, que ne remplacent qu'à dix et douze ans d'autres dents irrégulières, inégales et noires aussi ; vous connaissez sa turbulence exagérée, son caractère oublieux, son incapacité en orthographe et en calcul ; tout cela n'est pas sorti de votre esprit, j'en ai la certitude, car, à en croire certaines confidences, l'application en a été trop immédiatement faite, même dans les milieux que vous fréquentez.

C'est cette grande catégorie de malades, Messieurs, dont je veux étudier aujourd'hui devant vous le traitement. Le sujet est à l'ordre du jour; il est intéressant d'autre part de lui-même.

L'anatomie pathologique et la physiologie pathologique nous ont montré, Messieurs, que l'état myxœdémateux, complet ou fruste, dépend de la suppression ou de la diminution de la fonction thyroïdienne ; j'ai assez longuement insisté à plusieurs reprises sur ce point, même par comparaisons, pour que je n'y revienne point : comme l'urémie est le syndrôme de la suppression des fonctions rénales, comme l'ictère grave est le syndrôme de la suppression de fonctions hépatiques, de même, vous ai-je dit, le myxœdème est le syndrôme de la suppression des fonctions thyroïdiennes.

Le traitement du myxœdème aura donc pour **but** unique de restituer la fonction thyroïdienne absente, perdue ou languissante. Aucun traitement n'ayant jusqu'ici sérieusement agi contre les symptômes du myxœdème, la nature de cette affection étant d'autre part nettement établie, la thyroïde seule devait, elle peut donc seule être efficace ; et pas d'autre médicament. Je dirai même, — ne croyant pas avancer, ce faisant, une exagération ou une hypothèse sans fondement —, que lorsque contre un symptôme donné la glande thyroïde s'est montrée efficace, c'est que ce symptôme était de nature hypothyroïdienne.

Avec cette hypothèse, que pour ma part je suis près de considérer comme démontrée, l'explication de certaines améliorations anormales, obtenues dans le traitement de diverses maladies par le traitement thyroïdien, paraît alors toute naturelle ; le redressement de certaines insuffisances ou erreurs de diagnostic devient du même coup patent par le succès de cette médication. Si jamais fut vrai l'adage : *naturam morborum ostendunt curationes*, l'application en est frappante ici.

Avant de nous occuper de la glande thyroïde comme médicament, laissez-moi, Messieurs, vous rappeler à son sujet quelques **notions de physiologie.** La glande thyroïde exerce sur la nutrition générale et sur les organes hématopoïétiques une influence capitale. Si vous avez présent à l'esprit le tableau clinique du myxœdème expérimental, vous concevrez vite quelle est cette action, car les symptômes morbides qui surviennent après l'éthyroïdisation sont ceux que la glande thyroïde a pour mission dans l'économie d'empêcher de se produire. Au reste l'ingestion de la glande par des éthyroïdés annule aussi ces effets. Le refroidissement périphérique est empêché ; la désinfiltration du tissu cellulaire est accélérée par le départ rapide de la mucine et de la graisse qui l'encombrent, la pression artérielle et intracar-

diaque est remontée, enfin l'apathie cérébrale, la torpeur musculaire disparaissent graduellement. Cette amélioration, dont je vous donne ainsi grossièrement les principaux termes, a aussi sur les organes une répercussion que ce n'est pas le lieu de vous indiquer.

Le corps chimique auquel revient dans la glande thyroïde cette primordiale action sur les mutations intimes de l'économie est, d'après BAUMANN, une combinaison organique iodée, l'iodothyrine. L'expérimentation a montré, entre les mains de ce savant, que ce corps augmente la diurèse, favorise l'excrétion de l'azote, des chlorures et des phosphates, qu'elle facilite les échanges organiques et aussi la désintégration des éléments graisseux.

La preuve expérimentale et clinique est donc faite de l'action de la thyroïde sur la nutrition. Et on peut dire que la glande thyroïde a une action régulatrice de premier ordre sur la température et sur la pression vasculaire et qu'en définitive, — les analyses d'urine en font foi —, son action ultime est de ramener à la normale les échanges organiques retardants ou défaillants.

Vous savez tous, Messieurs, que la glande thyroïde est dépourvue de canal excréteur ; le principe que l'analyse chimique a fait découvrir dans son tissu, et auquel revient le rôle, sinon unique, du moins capital, que je vous ai rappelé en substance, se déverse donc, dans le sang, s'il est élaboré par elle, ou, s'il est séparé du sang par le filtre glandulaire, est mis en réserve dans la glande. Quoi qu'il en soit de ces deux opinions également défendables, c'est uniquement dans la glande thyroïde qu'il réside, ce principe, et c'est logiquement à la glande thyroïde qu'il fallait aller le demander pour parer aux troubles dépendant de la suppression ou de l'amoindrissement de sa sécrétion.

Son rôle ainsi compris, que c'est une glande à sécrétion interne dont l'action sur la nutrition est importante, — et c'est ainsi que la physiologie nous a amenés à l'admettre d'ailleurs —, la glande thyroïde ne doit plus être considérée dans la hiérarchie des organes comme une « utilité », mais comme un grand premier rôle. Vous concevez maintenant son importance dans la thérapeutique des si nombreux symptômes qui dépendent des hypothyroïdies.

Quelques mots d'**historique**, Messieurs, avant d'en venir à l'étude du médicament. Pour l'utilisation de son action contre le myxœdème, l'idée qui se présenta d'abord à l'esprit fut celle de la greffe. Sous la peau du sein, MERKLEN et LANNELONGUE insérèrent de la glande thyroïde ; mais l'essai ne fut pas heureux en ce sens que les greffes s'atrophièrent, que les provisions de thyroïdine contenues dans le fragment de glande s'épuisèrent et que, peu après, les accidents d'athyroïdisme que l'on combattait se reproduisirent. MURRAY proposa alors les injections intra-veineuses d'extrait de substance thyroïde ; mais l'introduction dans les veines de substances incomplètement filtrées ou stérilisées a ses dangers ; des accidents survinrent qui jetèrent la défaveur sur ce procédé.

L'emploi du suc thyroïde, en principe si désirable, ne se généralisait pas, et pour cause, on le voit, lorsqu'en 1892, un médecin danois, HOWITZ, montra que l'ingestion de la glande thyroïde cuite produit les mêmes effets favorables qu'on demandait au suc thyroïdien ; presque en même temps, on tentait avec le même succès, en Angleterre, de donner la thyroïde crue. Sur le champ, la voie stomacale fut universellement adoptée, et ce n'est plus guère qu'à l'ingestion de thyroïde ou de produits thyroïdiens que l'on a recours actuellement dans le traitement du myxœdème et des hypothyroïdies.

Je vous dois, Messieurs, d'être moins bref et moins rapide sur la **pharmacologie**. Théoriquement, il serait de beaucoup préférable d'employer la glande fraîche ou l'iodothyrine, mais la difficulté de se procurer quotidiennement les glandes fraîches, une iodothyrine toujours semblable à elle-même, est telle que d'autres préparations sont fréquemment employées, parce qu'elles sont plus commodes à se procurer, avec des résultats thérapeutiques aussi bons du reste, je m'empresse de le déclarer.

Si vous vous approvisionnez de corps thyroïde pour vos malades, chez le boucher vous demanderez la glande du cornet ; et vous contrôlerez que les glandes salivaires, le thymus ou même des ganglions ne vous soient pas donnés en place. Le corps thyroïde du mouton est communément employé ; il doit provenir d'un animal fraîchement tué ; il semble bien que, suivant la saison, suivant l'âge et la race de l'animal, la composition et l'activité du corps thyroïde soient variables. Néanmoins, l'unité thérapeutique de corps thyroïde reste le lobe, dont le poids moyen est de 1 gr. à 1 gr. 25 ; le corps thyroïde représente donc de 2 gr. à 2 gr. 50.

Mangé cru, hâché, pulpé, ou grillé, roulé dans du sucre ou sans enrobage, le corps thyroïde est pris

communément quand il n'existe pas d'indications spéciales aux doses extrêmes de 1 gr. à 4 gr. par jour. Pour en obtenir le maximum de résultats, on groupe les prises de la façon suivante : pendant quatre ou cinq jours, la dose maxima fixée est ingérée, puis durant deux ou trois semaines, ce n'est plus qu'un jour sur deux qu'on l'administre, et plus tard une dose tous les quatre ou cinq jours. De cette façon, c'est le plus vite possible et en masse que l'agent curateur est introduit dans l'économie ; une fois que les effets attendus ont commencé à se manifester, on entretient l'action en espaçant les prises. Il va de soi que des filtres dépurateurs intacts doivent exister à la sortie pour que cette méthode soit applicable. Quand, au contraire, il y lieu d'agir avec prudence, à raison d'une altération rénale préexistante, ou de troubles cardiaques à craindre, les faibles doses, d'abord et toujours, sont plutôt de mise ; mais nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Un extrait de corps thyroïde avait été préparé, spécialisé même en France, mais il est tombé en désuétude, et personne n'emploie plus la glande sous cette forme.

La poudre de corps thyroïde desséchée porte le nom de thyroïdine. Je dis thyroïdine et non iodothyrine, l'iodothyrine étant, posologiquement parlant, chose très différente. Comme le rendement en poudre sèche d'un corps thyroïde est en moyenne de 27 à 28 % du poids initial, c'est donc en thyroïdine le tiers du poids de corps thyroïde frais en moyenne qu'il faut prescrire, c'est-à-dire que trente centigrammes de thyroïdine valent un gramme de corps thyroïde.

La spécialité pharmaceutique s'est ingéniée à présenter sous forme acceptable et à rendre inaltérable la thyroïdine, simplement comprimée ou mélangée à du sucre. Les maisons Chaix, Bouty en France, Burroughs en Angleterre, en ont fait des tablettes ou des tabloïds, Flourens des pastilles, Yvon l'a mise en capsules gélatineuses, Mongour en sphérulines, Merck (de Darmstadt) en pilules. Le plus ordinairement l'unité pharmaceutique correspond à dix centigrammes de thyroïdine, de sorte que trois de ces pilules, pastilles ou tablettes équivalent à un lobe de corps thyroïde frais. Pour ne point faire erreur, il y a lieu d'adopter une marque et, comme dosage particulier, de s'en tenir à elle. En ce qui me concerne, après tâtonnements, les sphérulines Mongour dosées à dix centigrammes l'une environ ont ma préférence dans la clientèle. Mais je vous ai montré qu'avec les préparations fournies et choisies par l'administration des hospices, il nous survenait des insuccès injustifiés ; c'était la preuve que la confiance en semblable matière ne doit pas aller au premier venu et au meilleur marché.

Il y a lieu du reste de se méfier des accidents de botulisme (vomissements, diarrhée profuse et cholériforme), d'intoxication alimentaire pour parler un langage plus simple, que le corps thyroïde desséché, altéré, a procurés plusieurs fois. Pour y obvier, Vigier encapsule à l'abri de l'air la glande fraîche. Denayer procède même à l'encapsulage après peptonisation. Cette modification est heureuse et met, théoriquement du moins, à l'abri de ces accidents de botulisme.

L'agent actif de la glande thyroïde, que contiennent toutes les préparations ci-dessus signalées, est l'iodothyrine ; c'est une substance brune, pulvérulente, dont la teneur en iode est de 10 %, en phosphore de 1 %. Mais en langage pharmaceutique, l'iodothyrine qui vous sera fournie ne sera pas celle dont la composition chimique vient de vous être indiquée en abrégé. L'iodothyrine pharmaceutique, si on peut l'appeler ainsi, résulte du mélange de l'iodothyrine chimique à du sucre de lait, en proportions telles qu'un gramme du mélange contient 3 milligrammes d'iode. Cette quantité d'iode est du reste ce que renferme un gramme de glande fraîche. L'avantage de cette forme pharmaceutique de l'iodothyrine est donc que, administrée en comprimés ou en poudre, les doses sont les mêmes que pour la glande fraîche. Le botulisme d'autre part, n'est pas à craindre.

J'ajoute qu'il existe une iodothyrine liquide dont l'excipient est la glycérine et qui a la même teneur que les comprimés ou la poudre.

Au total, et en résumé, de tous ces produits, le corps thyroïde frais se trouve être le moins coûteux, mais il demande à être surveillé au point de vue de la fourniture de vraies glandes thyroïdes et de leur fraîcheur.

A tous les âges, le corps thyroïde peut être administré ; retenez cependant qu'il faut des précautions chez les enfants, plus que chez les grandes personnes, pour éviter les accidents d'ivresse thyroïdienne. Mais retenez aussi qu'on peut le donner même chez les enfants à la mamelle : témoin le cas de Mossé qui combattit le myxœdème chez un nourrisson, en faisant

absorber de la glande thyroïde à sa nourrice. L'âge vous forcera donc parfois à choisir telle préparation plutôt que telle autre ; mais en général, ce sera le degré de surveillance que vous pourrez exercer sur le sujet qui déterminera votre choix de la préparation ; à malade éloigné ou consultant, préparations moins exactement dosées c'est-à-dire thyroïdine ou glandes fraîches ; à malade voisin ou souvent visité, préparations plus scientifiquement préparées, je veux dire iodothyrine. Voilà ma règle de conduite dans mon choix des produits thyroïdiens.

Il y a quelques instants, je vous ai laissé entendre, Messieurs, que des **accidents** pouvaient survenir du fait de la préparation thyroïdienne, même en dehors du botulisme, lorsqu'on l'absorbe à dose trop élevée, ou à petites doses trop longtemps répétées. En effet, ce qui survient pour tout médicament actif se produit pour la thyroïde : une quantité donnée est efficace pour un organisme donné ; cette dose utile est elle dépassée, surviennent des accidents. Ces accidents sont donc dus aux effets cumulatifs du médicament ; du reste, comme dans toutes les intoxications médicamenteuses, ils disparaissent par le repos et la cessation de l'ingestion du produit.

Le premier symptôme de cette intoxication, celui qu'il faut rechercher pour la découvrir avant qu'elle ne soit confirmée, c'est l'instabilité du pouls. Sous l'influence du moindre effort, le nombre des pulsations augmente de 20, de 40 ; puis, si l'intoxication continue, la tachycardie tend à devenir permanente, et enfin il peut survenir de petits accès d'angine de poitrine, quelquefois même des syncopes qui attirent nécessairement l'attention sur le cœur.

En même temps que l'instabilité du pouls, il faut chercher l'instabilité thermique ; une fièvre s'installe, que l'on appelle sans raisons bien plausibles fièvre thyroïdienne, qui est caractérisée par de la céphalée, de la courbature, des douleurs musculaires thoraciques, des bouffées de chaleur. Au fur et à mesure que l'intoxication s'accroît, des nausées, des éruptions cutanées diverses, de l'insomnie, du tremblement surviennent, ainsi que des sueurs, de la dyspnée et une température, de 40 degrés parfois, jusqu'à ce que soit suspendu l'usage du médicament.

Ces accidents, Messieurs, qui surviennent parfois de façon hâtive chez certains sujets, sont dépendants de causes dernières qui ne sont pas toujours et exclusivement les doses ingérées. Le foie, les reins, le cœur peuvent ne pas posséder leur intégrité absolue ; si ces émonctoires ne fonctionnent pas parfaitement, lorsque, sous l'influence du suc thyroïdien, la masse de toxines qui sommeille est mobilisée, une imperméabilité relative se produit, d'où l'intolérance circulatoire et thermique immédiates. Le degré de l'hypothyroïdie a-t-il été mal évalué ? l'excès du suc traduit sa présence par la même intolérance. Le tempérament névropathique aboutit au même résultat, en favorisant les réactions d'instabilité du pouls et de la température. Enfin, l'ignorance où l'on est parfois de la teneur de la préparation en substance active peut aussi déterminer ces accidents.

Vous voyez qu'on peut y parer avec facilité, les prévenir ou les prévoir par un examen complet des émonctoires et du moteur central de la circulation, par l'appréciation du tempérament du sujet. Une fois l'intoxication reconnue, en plus de la suppression plus ou moins complète de la thyroïdine, vous combattrez les symptômes par la médication appropriée : contre la tachycardie, un peu de bromure de potassium, des diurétiques pour faciliter la sortie des déchets qui se pressent au filtre rénal, du salicylate de soude pour activer le départ de ceux qui empruntent la voie biliaire. L'amaigrissement, résultat fréquent de la médication thyroïdienne, est parfois poussé tellement loin qu'il peut être considéré comme un accident ; or, certains auteurs, MABILLE notamment, pensent prévenir cet accident en donnant, concurremment au corps thyroïde, de l'arsenic, sous forme de liqueur de FOWLER ; a priori, j'estime que c'est là une erreur thérapeutique, parce que l'action de l'arsenic sur la formation des réserves graisseuses est lente et que cette action est, sinon annihilée, du moins contrebalancée au point de ne pouvoir s'exercer, par la thyroïdine qui exerce sans retard son action de désintégration organique ; la clinique a d'ailleurs montré que l'arsenic n'enrayait aucun accident thyroïdien, pas même l'amaigrissement. Comme moyen préventif, s'il m'était imposé par les circonstances d'avoir à poursuivre un traitement thyroïdien intensif malgré des émonctoires tarés, je donnerais plutôt la préférence aux opiacés, qu'HERTOGHE a proposés. Jusqu'ici j'ai évité ces accidents à mes malades par la seule appropriation des doses au degré d'intégrité des organes et au degré de l'hypothyroïdie.

Il me reste, Messieurs, à vous indiquer les **applications thérapeutiques** qui doivent être faites

de la glande thyroïde, à étudier devant vous quelques cas bien précis où les préparations thyroïdiennes seront certes indiquées, mais où le traitement aura des variantes, sera intensif ou prolongé, amorcé simplement ou écourté. Il est de la dernière évidence qu'un diagnostic très approché de la forme du myxœdème devient pour cela nécessaire, que plus l'appréciation de l'athyroïdie ou du degré de l'hypothyroïdie aura été exacte, plus, toutes autres circonstances étant égales d'ailleurs, le sujet courra de chances d'être rapidement amélioré ou guéri, c'est-à-dire de recouvrer les attributs humains qui lui manquent. Prenons donc quelques-uns de ces cas cliniques.

D'abord l'**athyroïdie**. Vous vous trouvez en présence d'un **myxœdème franc;** il est spontané ou post-opératoire, le porteur en est un adulte ou bien il date de l'enfance. Ces informations cliniques sont par elles-mêmes suffisantes, venant après les constatations diagnostiques que je vous rappelais au début de cette leçon, pour tirer la déduction qu'il s'agit d'une sécrétion thyroïdienne disparue sans espoir de retour. L'indication qui s'impose du coup, c'est qu'il va s'agir d'un traitement continu, qu'après une attaque thérapeutique très sérieuse par exemple, des doses d'entretien seront seulement alors nécessaires, avec de courts repos dans le traitement. La continuité ou la subcontinuité du traitement, subordonnée bien entendu à l'état d'intégrité des émonctoires, est en effet la direction à donner dans ces cas d'athyroïdie. La glande thyroïde se montrera le moyen physiologique par excellence, c'est convenu ; mais reste la mise en œuvre.

Je vous conseille, Messieurs, de commencer, en supposant votre malade vierge de tout traitement et éliminant bien, par un corps thyroïde frais ou six sphérulines Moncour ou 2 gr. d'iodothyrine pendant une huitaine jusqu'à ce qu'apparaisse de la polyurie ; puis, ce résultat obtenu, il faudra tâtonner pour, chez chaque sujet, trouver la ration d'entretien, dose quotidienne de thyroïdine ou d'iodothyrine variable avec chaque sujet, mais qu'indiquent avec plus de sécurité que d'autres symptômes la permanence du poids et la sensation de froid, dont les oscillations en plus ou en moins traduisent une vaso-motricité s'affaiblissant ou se maintenant au tonus atteint. Une fois connue, cette dose est administrée des semaines, des mois durant, une quinzaine de repos étant intercalée dès que quelque phénomène de saturation se montre.

Prise suivant cette méthode ou tout autre qui s'inspirerait de la continuité dans l'ingestion, le thyroïde se montre un véritable spécifique. Malheureusement, et on ne le conçoit que trop bien, en présence d'une athyroïdie, les résultats obtenus ne sont jamais une guérison ; vient-on à suspendre plusieurs mois la médication, les effets ne survivent guère à cette suppression ; la subcontinuité du traitement est donc d'une absolue nécessité. Quoique palliatifs, les résultats ne sont pas moins remarquables : le retour de l'activité cérébrale et musculaire, la désinfiltration muqueuse des tissus, la disparition de l'hypothermie permanente, du pouls fuyant et faible, le retour de la moiteur, la repousse des poils, la fin de cette séborrhée si disgracieuse, de cet embonpoint si typiquement ridicule, voilà certes des résultats appréciables pour le myxœdémateux surpris par la maladie dans l'âge adulte. Et ces résultats sont acquis dans l'espace de quelques mois.

De même quand il s'agit de **crétinisme myxœdémateux,** en quelques mois vous constatez, en plus de ces premiers résultats dont le sujet n'est pas en état d'apprécier l'importance, une augmentation notable de la taille, et un véritable bond dans le développement intellectuel : le gâtisme a diminué, s'il n'a pas cessé ; les premiers éléments de l'instruction et de l'éducation ont pu être donnés et retenus. Ce ne sont pas certes des résultats à dédaigner.

Quant aux myxœdémateux par thyroïdectomie, l'administration de cette glande thyroïde immédiatement après l'opération chirurgicale a pour résultat d'empêcher la survenue des phénomènes convulsifs, de l'épilepsie qui l'accompagnent fatalement. Il est prudent d'éviter l'ablation totale du corps thyroïde du reste lors d'opérations sur cet organe ; toutefois des cas se présentent où force est de l'enlever tout entier. Dans ces prévisions, faire précéder l'opération de quelques doses d'iodothyrine et instituer ensuite le traitement intensif que je recommande met à l'abri de tout accident d'athyroïdisme opératoire. Voilà certes des résultats du plus haut intérêt.

Ces cas d'athyroïdie sont en effet frappants par la véritable résurrection que la thyroïde suscite dans divers domaines. Traitement intensif d'abord, mesuré ensuite, telle est en résumé la conduite à tenir quand vous vous trouverez en présence du myxœdème à grand étalage, qu'il soit post-opératoire, qu'il soit spontané chez l'adulte ou revête l'aspect du crétinisme athyroïdien.

Pour être des plus simples pour la direction thérapeutique à lui donner, ce cas n'est pas le plus habituel; l'**hypothyroïdie** en effet se présentera, si vous savez la reconnaître, bien plus fréquemment à votre observation. Pour un athyroïdien, vous trouverez cinquante hypothyroïdiens, chez lesquels les résultats, du reste, ne seront pas moins certains, mais pour lesquels besoin sera d'un doigté plus délicat, d'une posologie plus affinée si vous voulez atteindre le but et non le dépasser. En toute certitude, dans le myxœdème, vous améliorerez ; dans l'hypothyroïdie, peut-être inspirerez-vous de grandes espérances par un début heureux dans les effets du traitement, mais il vous arrivera souvent de ne pas répondre complètement à ce qu'on attendait de la médication, de ne pas pouvoir dépasser une amélioration donnée, même en forçant les doses. Les cas qu'il nous reste à traiter sont donc moins simples, d'un rendement moindre en succès éclatants, quoique toutefois ce soit toujours le suc thyroïdien qui doive être employé.

A. — Il s'agira, dans ce second cas, d'un hypothyroïdien qui tire son hypothyroïdie d'un **goître** ou d'une affection chronique du corps thyroïde évidente et connue. Je ne veux pas parler, vous le sentez, d'un goître exophtalmique, chez lequel les principes thyroïdiens sont au contraire en excès, amènent ces troubles variés qui sont tout le cortège symptomatique de la triade que vous connaissez bien, et dans le traitement duquel la thyroïde est absolument contre-indiquée. Je suppose que vous êtes en présence d'un goître colloïde, kystique, vasculaire ou cancéreux, d'une thyroïdite infectieuse chronique, que le diagnostic local confirme la symptomatologie hypothyroïdienne. Comment se comporter ? faut-il donner l'iodothyrine ou vaut-il mieux s'abstenir ?

A compulser les résultats publiés par divers auteurs, on en arrive à se faire l'opinion suivante : plus le sujet est jeune, plus le goître est charnu, et plus efficace a été le traitement. La conclusion est que le traitement thyroïdien doit être prôné dans ces conditions. Toutefois, si en deux et trois mois, la circonférence du cou n'a pas diminué, si la compression ne s'est pas atténuée, il faut renoncer à la thyroïdine, et si la nature physiologique du goître le permet, s'adresser à la chirurgie avec la prudence recommandée lors d'une éthyroïdisation totale. Pour décider du traitement thyroïdien, un autre facteur est à considérer dans ce cas. Le diagnostic histologique du goître a son importance ; la statistique montre que sur les goîtres colloïdes, kystiques, vasculaires ou cancéreux, point n'est besoin d'essayer le traitement thyroïdien, tandis que l'amélioration est immédiate et certaine quand il s'agit de goîtres parenchymateux ou fibreux ; les récidives sont cependant à craindre avec des résultats moins heureux ensuite pour cette catégorie de goîtres.

Lorsqu'il s'agit d'amoindrissement de la sécrétion thyroïdienne, le suc destiné à remplacer la quantité manquant à l'économie ne doit pas être donné à doses aussi élevées et aussi pressées que dans l'athyroïdie. Certes, chaque sujet comporte sa dose initiale, spéciale, que l'examen complet et un jugement très aigu permettent de fixer. Une règle de conduite est cependant nécessaire; et en ce qui me concerne, je me garde dans toute hypothyroïdie de dépasser la dose quotidienne d'un gramme ; c'est donc un gramme par jour dans ce cas spécial que je conseille. J'ajoute qu'une surveillance sérieuse doit être exercée sur ces cas, où parfois les accidents dits basedowiens éclatent subitement, comme si la médication déchaînait une crise d'intoxication imminente et toute préparée.

B.—Je vous ai démontré, Messieurs, après Hertoghe, qu'il est des hypothyroïdies que la clinique reconnaît à un ensemble de troubles organiques et fonctionnels mal délimités et variables, mais portant surtout sur le trophisme général et dont l'altération thyroïdienne qui les commande n'est pas toujours évidente. Ce vice dans le développement harmonieux du sujet à tous les âges de sa vie, dérivant d'une moindre sécrétion de suc thyroïdien, d'un trouble physiologique et non d'une altération anatomique, se traduit le plus ordinairement, chez l'enfant par du retard dans la croissance, dans la puberté, par de l'infantilisme en un mot, et, chez les adultes ou les adolescents, par de l'obésité, de l'hémophilie, des ménorrhagies chez la femme. C'est ce troisième cas d'une hypothyroïdie, pressentie et devinée par l'examen clinique, mais non sous-jacente à une altération anatomique, survenant à certaines époques de la vie, aux périodes critiques de la puberté ou de la ménopause, ou se continuant toute la vie durant, que nous allons maintenant examiner.

L'insuffisance thyroïdienne étant continue ou tran-

sitoire, ce sera donc suivant les sujets un traitement continu ou absolument passager qu'il faudra instituer ; et encore sera-t-il de préférence subcontinu que continu ; en tous cas, ne devra-t-il jamais être intensif comme dans le myxœdème franc. Cette règle doit être posée dès l'abord, et je vous recommande de vous attacher strictement à la suivre, car les sollicitations ne vous manqueront pas de vous en départir, et ce ne serait pas toujours pour le mieux du malade que vous l'abandonneriez. Ne pas précipiter la cure est une nécessité thérapeutique qu'il faut proclamer tout d'abord ; vous en concevrez le pourquoi si vous réfléchissez qu'un trophisme dévié ou arrêté ne se rectifie pas en quelques jours, et que, lorsqu'il s'agit de nutrition, mieux fait douceur que violence, moins vaut hâte que longueur de temps.

Prenez donc cet **infantile** : il a quinze ans et mesure 1 mètre 20, ses parents s'étonnent de l'exiguité de sa taille ; ils font des comparaisons fâcheuses pour leur rejeton et ne peuvent pas s'accuser d'être un prototype pour lui. On vous l'amène ; votre premier soin est de faire radiographier sa main pour constater de visu que les soudures épiphysaires ne sont pas faites : l'ossification n'est pas terminée. L'influence heureuse du traitement thyroïdien, à raison d'un gramme de glande thyroïde fraîche par jour en moyenne, sera certaine. Donnez un gramme par jour à la première huitaine, puis alternis diebus, un gramme et cinquante centigrammes ; l'allongement de la taille se fera en trois et quatre mois de plusieurs centimètres ; sevrez alors votre malade de thyroïde, et après deux mois ou plus de repos vous recommencerez le traitement, jusqu'à ce que la moyenne soit atteinte de la taille correspondante à l'âge du sujet, ou mieux jusqu'à ce que l'ossification épiphysaire soit obtenue.

Prenez encore ce garçonnet de dix ans et plus, chez lequel les dents de remplacement n'ont pas encore fait éruption : la famille en guette la venue, le dentiste dit ne rien pouvoir pour en hâter la sortie. Consulté, vous aurez encore, de la même façon, avec le même succès, recours à la glande thyroïde. Il va de soi qu'une fois l'éruption dentaire obtenue, et elle risque d'être rapide, de se faire en bloc en un mois, vous suspendrez l'emploi de cette thyroïdine, qui a donné un tel coup de fouet à un trophisme languissant.

Vous serez plus souvent appelé à donner votre avis sur les cas de **puberté retardée** : ce sera une jeune fille de seize, de dix-huit ans même, qui n'est pas encore réglée et qui ne semble pas devoir l'être de sitôt : rien au physique comme au moral n'annonce l'instauration prochaine de la fonction menstruelle ; Ou bien ce sera un grand dadais de vingt ans, tout en hauteur et sans carrure, imberbe, sans un poil au pubis, aux formes graciles. A ces indifférents à la vie génitale, parce qu'ils l'ignorent ou qu'ils doivent l'ignorer de par nos conventions mondaines, et qu'ils ne s'en émeuvent pas, donnez aussi la glande thyroïde aux mêmes doses, suivant le même mode. HERTOGHE vous dirait combien il a vu de jeunes filles et de garçons prendre sous cette influence thérapeutique les attributs de la puberté. Pour ma part, j'ai observé qu'en six mois au plus ces excellents résultats peuvent être obtenus ; le plus ordinairement l'action sur la taille et sur la puberté se produit en même temps.

Chez les enfants atteints d'infantilisme hypothyroïdien vous pouvez, en résumé, toujours escompter un succès sinon facile, au moins évident.

Chez les adultes hypothyroïdiens, la médication par la thyroïde a des effets non moins remarquables.

Voyez cette jeune femme frappée d'**obésité** en même temps qu'elle est adénoïdienne, migraineuse, variqueuse, vouée à la carie dentaire et à la calvitie précoce. A cette désolée, vous pouvez, sans lui infliger le supplice du régime sec ou des repas restreints, sans qu'elle change rien à sa vie et à ses goûts, rendre une taille moins épaisse, éviter les mille et un supplices, réels ou supposés pour la coquetterie féminine, qui sont l'apanage des obèses. Et le dit résultat peut être rapidement obtenu. Perdre de un à cinq kilog. par semaine, maintenir quelques semaines durant cette perte de poids hebdomadaire, maigrir visiblement, mais incomplètement et sans courir de dangers, voilà ce à quoi vous devez tendre. Les produits thyroïdiens vous permettent de le faire avec sécurité. Mais il ne faut pas ignorer, et vous ne devez pas laisser ignorer au malade la nécessité de revenir toujours à la thyroïde, à cette ration d'entretien, ce qui est une sujétion et un inconvénient, pour garder le bénéfice acquis. Il faut bien vous pénétrer enfin de ce fait que chez tous il y a une accoutumance au médicament, dont le corrollaire est que tel obèse maigrira jusqu'à un point donné, mais qu'il ne maigrira pas davantage, quelque poussées que soient ensuite les doses de thyroïde. L'ignorance de cette particularité explique, mais n'excuse pas que pour perdre quelques kilogs de plus, alors que les rapides effets du début de la médication se ralentissent,

on force les doses ; le danger naît de ce que, en s'obstinant à augmenter ces doses, on côtoie les accidents d'accumulation.

A côté de ces cas d'obésité thyroïdienne appelant le succès, il en est où vous réussirez médiocrement à à votre gré, surtout au désir de votre malade. L'association à l'hypothyroïdie d'une autre cause banale de l'obésité, en expliquant la pathogénie de ces cas particuliers plus fréquents qu'on ne pense, légitime, quand il n'y a pas contre indication d'autre part, l'adjonction à la médication thyroïdienne de l'une des cures de l'obésité si nombreuses et si aléatoires dans leurs résultats.

La cure idéale de l'obésité hypothyroïdienne, dont dans les cas que j'ai personnellement traités j'ai tenté de me rapprocher, doit à mon sens tendre à provoquer l'usure adipeuse tout en accélérant le moins possible la dénutrition azotée; pour ce faire, les fortes doses continues ne sont pas de mise ; la fonte graisseuse subite ferait avalanche pour les albumines. Aussi je me suis arrêté pour le traitement à l'une des deux manières de faire qui suivent : ou un gramme par jour d'iodothyrine ou une fois par semaine quatre grammes d'un coup, et cela durant quatre ou six semaines, sans relever ni amoindrir les doses, mais tout en surveillant les organes et les émonctoires. En résumé, ne rien précipiter reste encore ma devise dans le traitement de l'obésité hypothyroïdienne de l'adolescent ou de l'adulte.

De l'**hémophilie**, hypothyroïdienne presque toujours, je ne vous parlerai que pour vous rappeler les deux cas que vous avez pu voir dans le service. Cette fillette, réglée depuis quelques mois, et qui ne cessait de perdre depuis sans arrêt, cette femme sur le retour dont le rhumatisme avait été si atypique, et qui peu après un érysipèle contracté dans le service fit spontanément aux membres supérieurs ces ecchymoses cutanées qui vous surprirent, étaient certes des hémophiliques, mais l'adjectif hypothyroïdien convenait à leur état, car vous vous souvenez qu'elles présentaient l'une et l'autre d'autres signes caractéristiques de cette dystrophie. Je pourrais joindre à ces deux cas que vous avez vus la relation de celui que j'ai publié avec M. Gaudier, où, toutes les tentatives raisonnables pour enrayer des hémorrhagies nasales et dentaires ayant été épuisées, la glande thyroïde donna entre nos mains des résultats remarquables ; mais il me faudrait compléter cette histoire en disant que lorsque les règles réapparurent chez cette malade, elles furent si abondantes que, malgré que la glande eût agi encore, une anémie incurable survint à laquelle la malade ne tarda pas à succomber. Vous avez vu comment j'ai traité ces malades ; gardez le souvenir que dans l'hémophilie liée à l'hypothyroïdisme, les faibles doses sont encore à recommander, car il s'agit d'obtenir plutôt une action indirecte et non immédiate sur la plasticité du sang qu'un retentissement sur la vasomotricité.

Je voudrais d'un mot appeler votre attention sur ces **raideurs articulaires pseudorhumatismales**, diagnostiquées rhumatisme chronique, que le traitement thyroïdien guérit. Par deux fois de triomphantes observations de guérison de ces faits ont été publiées dans les journaux médicaux de la région. Vous vous expliquerez ces succès et vous vous en ménagerez de semblables, si du milieu du chaos que recouvre le mot clinique rhumatisme, vous savez extraire ces arthralgiques chroniques atypiques que conditionne un hypothyroïdisme toujours méconnu. La dose quotidienne d'iodothyrine qui vous rendra ce service sera d'un gramme durant une ou deux quinzaines.

Empiriquement, Messieurs, la glande thyroïde a été donnée dans une **multitude d'affections morbides**, et publication a été faite, par des observateurs dignes de foi, de résultats très satisfaisants à la suite. Or, il est impossible, — à moins de croire encore aux panacées —, qu'un agent médicamenteux aussi actif que la glande thyroïde ait une action curatrice fortuite dans la syphilis, la lèpre, dans les affections cutanées telles que l'ichthyose, le psoriasis, l'eczéma, le vitiligo, l'urticaire chronique, la sclérodermie, les chéloïdes ; dans le diabète, l'ostéomalacie, l'épilepsie, l'atrophie musculaire progressive, la tétanie, l'acromégalie. Dans cette énumération d'affections il y a, vous le voyez, trop de disparate et d'éloignement causal entre la catégorie des maladies infectieuses et celle des maladies de la nutrition pour que la raison des améliorations constatées ne réside pas dans une lésion d'organe ou un trouble de sécrétion, commun à chacun des sujets heureusement influencés. Et je pense fermement que si chez tel syphilitique le suc thyroïdien a favorablement influencé tel symptôme ou l'évolution de la maladie infectieuse, c'est qu'une localisation syphilitique s'était faite sur sa thyroïde, localisation qui tenait ce symptôme sous sa dépen-

dance ; et j'estime aussi que c'est en rendant le suc thyroïdien manquant à cet organisme que ce symptôme s'est effacé. Je pense du reste non moins fermement que si la glande n'est pas touchée, si les symptômes d'hypothyroïdisme compliquant la syphilis sont absents, le résultat du traitement de la syphilis par ce moyen sera nul. De même pour le psoriasis ; si cette dermopathie, — et le fait paraît plus fréquent que ne le disent les classiques — provient d'une lésion thyroïdienne, l'ingestion de produits thyroïdiens fera merveille ; sinon, l'échec complet répondra à votre tentative. De même encore pour l'épilepsie et tout autre affection que dans une circonstance précise la médication thyroïdienne aura améliorée ou guérie.

Il faut donc considérer à mon sens la médication thyroïdienne comme redressant, à l'insu parfois des auteurs qui les rapportent, des diagnostics erronés quant à la cause du mal. Si vous admettez avec moi qu'un succès par la thyroïdine est la pierre de touche de certains diagnostics, vous ne la prescrirez pas de parti pris dans toutes ces affections où je vous ai rapporté qu'elle avait triomphé une ou quelques fois ; mais, vous souvenant combien l'hypothyroïdie est fréquente et riche en manifestations cliniques, dès que vous soupçonnerez cette cause au milieu d'une symptomatologie un peu fuyante et de quelques signes de dystrophisme, vous y aurez recours sans retard, autant pour ratifier votre diagnostic que dans l'espoir de soulager votre malade. Mais vous n'en concluerez pas que la thyroïde guérit telle affection ; elle aura guéri tel malade, dont telle affection dépendait de son hypothyroïdie.

Ce court raisonnement s'applique de tous points à la question de la **consolidation rapide des fractures** par la thyroïdine ; tel auteur a cité des cas favorables, un autre n'a eu que des insuccès. A Lille, M. Lambret après avoir été chaud partisan de ce traitement des fractures, est devenu plus réservé ; et il pense actuellement comme moi que si certains fracturés de jambe bénéficient de la thyroïdine c'est que normalement ils n'ont pas à leur disposition la quantité suffisante de suc, qui doit inciter par définition à une formation rapide du cal, alors que d'autres personnes peuvent se trouver qui ont de ce suc en excès. Pour réduire la durée de la consolidation des fractures, il ne serait donc que d'avoir une sécrétion thyroïdienne normale. Dès qu'à un signe quelconque, vous pressentirez chez vos fracturés une hypothyroïdie, votre devoir est de donner la glande thyroïde ; alors, mais seulement alors vous activerez la formation languissante du cal.

Je ne puis avoir la prétention de vous indiquer pour chacun de ces cas les doses de thyroïdine à employer : leur contingence est trop marquée pour que je descende dans les détails. Là encore, je vous recommanderai cependant les faibles doses. Il ne faut oublier à aucun moment que les produits thyroïdiens sont actifs, et que leur activité s'exerçant sur un organisme dont les réactions ne sont jamais bien connues, l'abus est près de l'usage, l'accident toujours près d'éclater. J'éprouve la secrète satisfaction de voir que de tous côtés dans la presse, en ce moment, ces conseils de prudence sont donnés et suivis.

Et à propos de cette modération que je ne cesse de vous prêcher lorsque vous employez la glande thyroïde, pour renforcer encore ces recommandations dernières je vous résumerai sous forme suivante les **contr'indications** de cet emploi.

Considérez comme formellement contr'indiqué l'emploi de la glande thyroïde dans tout cas de goître exophtalmique patent ou fruste ou d'un goître quelconque basedowfié. Si votre hypothyroïdien a une surcharge graisseuse manifeste du cœur, ou s'il présente des troubles digestifs, soyez de la dernière prudence, sans renoncer cependant à l'emploi de ce moyen. A vous en tenir à ces règles, vous éviterez les ennuis et les déboires que traîne à sa suite l'emploi irraisonné ou pratiqué à la légère d'une médication très active.

Avant de terminer ces notions sur la médication thyroïdienne, que malgré leur longueur j'ai cru indispensable de vous donner, laissez-moi vous dire encore avec Hertoghe ce que vous ne devez jamais perdre de vue, si vous voulez réussir avec la thyroïde.

1° Evitez d'aller trop vite ; les doses faibles écartent l'intoxication, éloignent ces symptômes d'accumulation, lesquels sont précisément ceux que vous voulez combattre. J'en ai assez dit sur ce point, pour n'y pas insister.

2° Astreignez les malades à quelques mesures diététiques durant la cure : l'anémie apparente ou les douleurs angoissantes qu'éprouve le sujet incitent le malade spontanément à rechercher les vins médicamenteux, à pratiquer le kneipisme par exemple ; vous

serez tenté d'applaudir à cette médication reconstituante ; vous vous laisserez quelquefois arracher la permission d'une piqûre quotidienne de morphine contre les douleurs excruciantes dans le dos. Or, quand on se rappelle l'action de la morphine sur le foie, celle du tabac sur le cœur, du sucre sur l'emmagasinement des graisses, l'action de l'hydrothérapie froide, inverses de celle qu'amène le principe glandulaire, on est conduit à la conclusion qu'il faut s'abstenir d'avoir recours à ces moyens pendant la durée de la cure thyroïdienne, si l'on ne veut pas contrarier, effacer même les résultats qu'on poursuit. Pas de polypharmacie, pas de médication adjacente semble donc être une condition *sine quà non* pour le succès : vous vous garderez de contrevenir à cette recommandation.

3° Pénétrez-vous de cette idée que si, avec la thyroïde vous avez le droit de prétendre à de nombreux succès, tout ce qui est hypothyroïdien ne peut pas être guéri par elle. Un trouble organique peut être combattu efficacement ; son aboutissant, une lésion ne le peut pas. Une denture cariée, des varices chroniques, un varicocèle ancien ne pourront être influencés bien qu'hypothyroïdiens ; les dents ne se régénéreront pas, les varices ne s'affaisseront pas ; car, comme la plus belle fille du monde, la glande thyroïde « ne peut donner que ce qu'elle a ». Gardez-vous donc de la considérer comme une panacée ; vous seriez vite conduits à négliger le diagnostic et à accuser le médicament de vos propres erreurs. Mais ce cortège, banal au premier abord, de douleurs et troubles trophiques, qu'en les cherchant bien et en en pesant la valeur on retrouve dans tous les cas d'hypothyroïdie, comptez sur la glande thyroïde pour en triompher ; la céphalée, la rachialgie, les troubles cardiaques pseudoangineux, l'oppression, la somnolence diurne, que l'on est porté à considérer comme une espèce de neurasthénie, hypothyroïdienne celle-là, seront amendés par elle ; la calvitie, la constipation, les douleurs hépatiques disparaîtront au cours d'une cure thyroïdienne entreprise pour une hypothyroïdie plus importante. Là, le suc thyroïdien peut et doit être efficace, parce qu'une lésion n'est pas intervenue. Souvenez-vous également de cette condition de succès.

4° Préparez votre malade à la cure. Il a semblé à quelques cliniciens qu'en alcalinisant le sang par la prise de quelques grammes de bicarbonate de soude, l'action était plus immédiate, l'attaque plus prochaine. Je me range à cet avis : la lixiviation sanguine qu'amorce le bicarbonate de soude ne peut par contre coup qu'entr'ouvrir les émonctoires et faciliter le passage ultérieur des déchets mobilisés par la thyroïde. Depuis que j'ai eu connaissance de cette manière de faire, je conseille, et vous conseillerez à vos malades, une dizaine de grammes de bicarbonate de soude ou de benzoate de lithine en quatre jours avant de commencer le traitement par la thyroïde. Ne négligez pas de mettre ce petit atout dans votre jeu.

5° Enfin exercez durant le traitement une surveillance effective sur votre malade, de près ou de loin, suivant les circonstances. Dans ce but favorisez la diurèse chez tous, évitez-leur d'autre part les efforts physiques qui les conduiraient vite au surmenage cardiaque. Enfin, si vous avez eu occasion de rechercher et de constater la glycosurie alimentaire chez l'un d'eux, assurez le fonctionnement hépatique par le calomel ou le salicylate de soude. Mais ce sont là choses dont je vous ai déjà entretenus.

Telles sont résumées, Messieurs, toutes les connaissances, tant théoriques que pratiques, qu'il m'a paru expédient de vous exposer aujourd'hui, pour que d'une part vous puissiez répondre victorieusement aux indications devenues si fréquentes du myxœdème et des hypothyroïdies, pour que d'autre part l'arme, sérieuse mais délicate, qu'est la médication thyroïdienne ne devienne pas dans vos mains dangereuse ou inefficace, parce que vous n'auriez pas su vous en servir. J'ai la certitude que, pour être relativement nouvelle, cette médication n'est pas de celles qui passeront, et ce m'a été une raison de plus de vous en dévoiler les mystères.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 25 Novembre 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Présentation de malades et de pièces anatomopathologiques

I. M. **Vanverts** présente un malade qui, en suite d'une chute de 8 m. de hauteur, se fit une **fracture des métatarsiens**. Au moment de l'accident on porte le diagnostic de fracture du calcaneum ; la marche était douloureuse, la partie postérieure du pied conflée, ce qui semble confir-

mer le diagnostic ; mais la radiographie resta négative. Actuellement il présente une saillie osseuse au niveau des 2e et 3e métatarsiens. Il y a donc eu probablement fracture des 2e et 3e métatarsiens, ce qu'a d'ailleurs confirme l'examen de l'épreuve radiographique, avec déplacement des fragments, l'un en haut et en dehors, l'autre en bas et en dedans.

Donc les fractures des métatarsiens peuvent donner lieu à des déplacements. Mais pourquoi la fracture siège-t elle sur les deuxième et troisième métatarsiens, et non sur les premier et cinquième ?

M. Le Fort pose la même question. Il a constaté que dans ces fractures, fréquentes chez les militaires sous le nom de pied forcé, la radiographie a fait constater l'existence de ces fractures.

II. — **M. Carner** présente un individu de 57 ans, chez lequel il a fait une **suture de l'urèthre.** Cet individu avait présenté, avant son entrée à l'hôpital; une uréthrorrhagie abondante. Depuis une tuméfaction notable du périnée s'était manifestée, accompagnée d'une ecchymose. De plus le malade ne pouvait uriner. Devant cette symptomatologie, M. Carlier porta le diagnostic de rupture de l'urèthre. Pratiquer le cathétérisme eût été facile, M. Carlier pratique l'intervention chirurgicale. L'incision du périnée lui montra en effet que l'urèthre était presque totalement sectionnée et que les bords étaient éloignés de près de deux centimètres.

III. — **M. Lambret** présente le **crochet de Kirmisson** avec lequel il a extrait de l'œsophage d'un enfant un rond de biberon du diamètre d'une pièce de dix centimes, avec la plus grande facilité.

Cet instrument, d'un prix modique, est constitué par un simple crochet prolongé par une tige flexible. La technique opératoire consiste à introduire le crochet le long de la paroi postérieure de l'œsophage; à la faire dépasser le corps étranger, puis, par un mouvement de flexion de la tige, à le ramener le long de la face antérieure. Le corps étranger ainsi saisi est extrait facilement.

Note sur un cas de circulaire du cordon ombilical

M. Oui lit une note sur un cas de circulaire du cordon ombilical et à ce sujet cherche à expliquer la pathogénie de cet accident (*sera publié*). Dans le cas présent, il n'est pas douteux que le circulaire s'est produit dans les derniers jours de la grossesse puisque la version par manœuvres externes fut possible, sans amener de décollement prématuré du placenta et que de plus on a constaté un changement de position, une O I G T étant devenue au moment du travail O I D T. Il semble bien que le cordon ombilical faisait au niveau du cou une anse entourant la moitié du cou, qui, par suite du mouvement de rotation, se transforma en un circulaire très étroit.

La hernie est-elle un accident ?

M. Butruille fait une intéressante étude sur la hernie et ses conséquences, au point de vue des accidents du travail (*sera publié*). Il critique d'abord la loi et fait remarquer qu'elle ne contient pas de définition de l'accident et propose la définition suivante : « Les accidents du travail sont constitués par des blessures provenant d'une cause extérieure, involontaire, instantanée et ayant pour causes le travail. »

Il cherche à voir si cette définition s'applique aux hernies, ne s'occupant d'ailleurs que de la hernie crurale et inguinale.

Il conclut qu'à part certains cas exceptionnels d'éventration et de hernie accidentelle, la hernie est une maladie survenant dans le travail et non un accident.

Il montre que la hernie est la conséquence de l'effort résultant du travail, tout comme l'hémorrhagie cérébrale, l'hémoptysie. Il conteste que l'ouvrier puisse prouver que la cause de la hernie est le travail, cite ensuite plusieurs jugements de tribunaux de commerce et termine en déclarant que la hernie n'est pas un accident du travail.

M. Moty voit plutôt dans la hernie un accident du travail et se place au point de vue militaire. Pour que le militaire ait droit à une pension de retraite, il lui faut donner un certificat d'origine de blessures et le témoignage de plusieurs témoins. Dans le cas de hernie ancienne, aggravée à la suite d'un effort, il semble aussi que l'affligé ait droit à un secours moins fort toutefois que dans le premier cas.

En résumé, il faut donc préciser ce qu'est un accident et dans quelles conditions l'accident doit être constaté.

M. Lambret élève la voix au nom des idées humanitaires, voyant dans la hernie la conséquence de l'effort continuel fourni par le travail, dans l'usure de l'organisme, et croit que l'ouvrier, payé pour son travail, a quand même droit à un secours. La hernie n'est peut-être pas un accident du travail, mais elle en est souvent la conséquence.

M. Carlier reprend les idées de M. Butruille, soutenant que l'ouvrier, en prenant un métier, s'engage à en subir les conséquences. L'on ne doit rien au cérusier qui s'intoxique par le plomb. En un mot, il ne voit dans la hernie qu'une maladie professionnelle. Il semble donc bien que la hernie n'est pas un accident du travail.

P. V.

Ouvrages déposés aux bureaux du journal

Emploi des filtres de pierre (système Kurka breveté) pour la filtration en grand, 1900.

Formule hémoleucocytaire normale, par le Dr G. Dumont, tiré à part des *Annales de la policlinique de Lille.*

N° 203. Quatrième Année. N° 48. Le Numéro : **10** centimes. 2 Décembre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale de la Charité. — Service de M. le Pr COMBEMALE

Le chlorhydrate d'apocodéine

en injections hypodermiques contre la constipation

par MM. le docteur **Raviart** et **Bertin**, interne des hôpitaux.

Les principes actifs contenus dans l'opium, les alcaloïdes tels que la morphine, la codéine, la narcéine, la narcotine, la thébaïne, la papavérine, sont aujourd'hui pour la plupart bien connus au point de vue chimique, et l'expérimentation physiologique qui en a été faite, sinon complète au moins approchée, laisse pressentir qu'on peut attendre les plus grands services de ceux que la thérapeutique n'a pas encore utilisés. Certains de leurs dérivés, tels que l'apomorphine, la stypticine (ou chlorhydrate de cotarnine), l'apocodéine, ont été également bien étudiés tant chimiquement qu'expérimentalement ; et il y a lieu de s'étonner que personne ou presque personne en France n'ait jusqu'à ce jour essayé d'appliquer ces résultats à la thérapeutique.

Cette constatation facile à faire dans ce journal où la stypticine a été révélée au monde médical français (1), entraînait la nécessité de faire quelque tentative et d'entreprendre quelques recherches classiques pour contribuer à combler cette lacune.

Pendant notre séjour comme interne et externe à l'hôpital de la Charité, M. le professeur COMBEMALE a bien voulu nous indiquer dans quel sens devaient être dirigées ces recherches, et nous guider dans l'étude clinique de l'un de ces médicaments, le *chlorhydrate d'apocodéine*. Nous publions aujourd'hui les résultats que nous avons obtenus depuis tantôt trois ans avec ce médicament.

Le chlorhydrate d'apocodéine, $C^{18}H^{19}AzO^{2},HCl$, est un sel de cet alcaloïde de l'opium qui fut découvert il y a quelques années par MM. MATHIESSEN et BURNSIDE. Nous ne pouvons que glisser sur l'étude chimique de ce corps, dont l'intérêt, grand cependant pour les chimistes, ne serait que médiocre pour des médecins ; qu'il nous suffise de mentionner la difficulté qu'éprouvent les chimistes à obtenir ce corps à l'état de pureté. Pour M. GUINARD, qui a consacré à son étude physiologique de nombreux et savants mémoires, il serait presque constamment mélangé à des traces d'apomorphine ; et cette constatation a la

(1) LAVIALLE, La stypticine dans les hémorrhagies internes et les épistaxis, *Écho médical du Nord*, 1898, p. 225.

plus grande importance, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Les propriétés physiologiques de l'apocodéine ne sont connues que depuis les expériences de M. GUINARD (1), en 1893. Depuis MATHIESSEN et BURNSIDE, qui, dans le mémoire où ils relataient leur découverte, en avaient indiqué vaguement l'action physiologique, on attribuait à ce sel des propriétés analogues à celles de l'apomorphine. « Les propriétés thérapeutiques de l'apocodéine, dit DUJARDIN-BEAUMETZ (2), en 1883, sont celles de l'apomorphine, mais à un degré moindre. Comme cette dernière, elle est un précieux vomitif auquel on peut avoir recours dans les cas de croup, d'hémoptysie, de coqueluche, etc ». En 1891, encore, MURREL (3) conseillait de préférer l'apocodéine à l'apomorphine, en raison de sa solubilité dans l'eau, ce qui permettait les injections hypodermiques, de sa plus facile conservation, de ses propriétés expectorantes qui ne sont ni plus ni moins énergiques que celles de l'apomorphine.

Or, il résulte des expériences de M. GUINARD que ce sel, employé pur, n'a nullement une action émétique, qu'au contraire s'il est mélangé à des traces d'apomorphine, — et c'est ce qui arrive souvent dans sa préparation, ainsi que nous le faisions remarquer plus haut — on constate aussitôt une action émétique. Cette opinion est partagée par le professeur FRÖHNER, de Berlin, par TOY, dont nous invoquerons plus loin le témoignage. Nous pouvons apporter notre contribution à cette question en disant que dans aucune de nos observations cliniques, nous n'avons, voire une seule fois, constaté de vomissements, et que nous étions d'autre part certains de la pureté de notre apocodéine.

Si elle ne se traduit pas par des vomissements ou des nausées, l'action de l'apocodéine sur le tube digestif n'en est pas moins certaine. Lorsqu'on injecte, en effet, une dose moyenne d'apocodéine sous la peau d'un animal, l'effet se traduit assez rapidement par des borborygmes bruyants, suivis d'expulsion de gaz et de défécation ; en même temps, l'animal paraît en proie à des coliques douloureuses : « il regarde ses flancs et se met à pousser des cris qui ne laissent aucun doute sur l'existence de douleurs abdominales assez vives. »

(1) GUINARD, Contribution à l'étude physiologique de l'apocodéine.

(2) DUJARDIN-BEAUMETZ, *Dictionnaire de thérapeutique*, tome I, page 289.

(3) MURREL, De l'apocodéine comme succédané de l'apomorphine, analysé in *Nouveaux Remèdes* 1891, p. 280.

On peut du reste constater de visu ce péristaltisme exagéré, soit en pratiquant une laparotomie, soit en introduisant le doigt par une ouverture faite à la paroi abdominale ; si l'on injecte une dose mortelle, on constate que ces mouvements péristaltiques violents de l'intestin persistent quinze minutes au moins après l'arrêt des battements du cœur, et beaucoup plus amples qu'à l'état normal.

Il est à retenir que l'action de l'apocodéine sur les glandes annexes du tube digestif est encore beaucoup plus marquée que celle sur l'intestin lui-même. Chez le chat, aussitôt après l'injection d'apocodéine, la salive s'écoule hors de la bouche, comme après une injection de pilocarpine. Sur le foie, sur le pancréas, même hypersécrétion qu'on peut mesurer au besoin en pratiquant une fistule biliaire ou sur le canal cholédoque. Pour constater l'hypersécrétion des glandes intestinales, on isole entre deux ligatures une anse, préalablement débarrassée de son contenu ; quelque temps après l'injection, on constate la présence d'un flux assez abondant. D'après M. GUINARD, et nous ne comptons pas contester son interprétation, cette action est d'origine centrale, et ne provient pas d'un effet direct sur les éléments glandulaires.

L'action de l'apocodéine sur les centres nerveux était importante à connaître, qu'elle fût ou non comparable ou analogue aux effets de la morphine ou d'autres alcaloïdes de l'opium. L'emploi thérapeutique de l'apocodéine avait été en effet jusqu'à ce jour réservé parce que, pour certains auteurs, il fallait craindre des phénomènes graves de collapsus, et parce que, pour d'autres, au contraire, le médicament avait sur le système nerveux une action excitante qui pouvait conduire aux accidents les plus redoutables. Or, dit M. GUINARD, « quand l'apocodéine est administrée par la voie hypodermique chez le chien, à la dose de 25 à 30 milligrammes par kilog. d'animal, elle est simplement calmante. Elle détermine un sommeil calme et léger, sans excitation préliminaire trop vive et sans vomissement préalable. Ce sommeil semble physiologique ; le sujet dort en conservant une attitude normale et se réveille sans effarement ; dans tous les cas, il ne montre pas l'agitation des animaux morphinisés qui, tout en dormant, se plaignent souvent et paraissent affolés quand on les touche et quand on fait du bruit autour d'eux. La disparition des effets soporifiques de l'apocodéine est fort simple ; l'animal est vite rétabli et ne montre jamais l'hébétude, l'effarement et l'abru-

tissement qui suivent habituellement le sommeil morphinique. Quatre ou cinq heures après, on ne voit plus trace de la médication. L'action est ordinairement fugace et de courte durée ; l'apocodéine paraît imprégner très superficiellement les éléments sur lesquels elle agit et semble s'éliminer rapidement. La voie qu'elle utilise pour sortir paraît être la voie du rein... »

D'autres modifications dérivées de cette action primaire sédative et hypnotique du système nerveux se constatent dans les autres systèmes de l'économie, qu'il serait par trop long de rapporter ici avec détails : accélération, puis ralentissement des battements du cœur, — dans aucun cas le cœur n'est modifié ni dans sa force, ni dans son rythme, et on ne constate jamais d'intermittences comme avec la morphine — diminution des échanges gazeux intra-pulmonaires, etc..

En résumé, le chlorhydrate d'apocodéine est un sédatif et un hypnotique qui, à dose moyenne, n'influe jamais sur l'organisme de façon nocive ; il possède sur le tube digestif une action toute particulière qui consiste en l'augmentation de ses mouvements péristaltiques, et en de l'hypersécrétion glandulaire. Cette action si caractérisée laissait supposer que le chlorhydrate d'apocodéine agirait efficacement, à doses faibles, contre la constipation, la stagnation des matières fécales étant due l'atonie de la tunique intestinale musculaire aussi bien qu'à l'insuffisance des sécrétions glandulaires, quand les deux causes réunies n'entrent point en jeu. C'est donc dans ce sens que pouvaient porter des recherches cliniques.

Avant de donner, sur ce sujet, le résultat de nos recherches personnelles, nous devons signaler que dans une excellente et trop courte note, qui n'a pas eu la suite promise, M. Toy (1) communiquait sur le chlorhydrate d'apocodéine au *Congrès des aliénistes et neurologistes* tenu en 1895 à Bordeaux, trois fort intéressantes conclusions qui décidèrent M. le professeur Combemale à poursuivre cette étude. Voici ces conclusions :

1° L'administration du médicament a toujours diminué l'excitation des malades, souvent même elle leur a procuré quelques heures de sommeil ;

2° L'ingestion ou l'injection a toujours amené dans la nuit une selle au moins, souvent deux, quelquefois trois ;

(1) Toy, Note sur l'emploi du chlorhydrate d'apocodéine dans l'excitation maniaque. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1895, p. 442.

3° Dans aucun cas, elle n'a été suivie de vomissements.

Pour comprendre la valeur de ces conclusions, il faut savoir que M. Toy donnait l'apocodéine à des aliénées très agitées, que la survenue des effets était surveillée par des infirmières bien stylées, que les doses quotidiennes ingérées ou injectées variaient de 2 à 6 centigrammes.

Ce travail, surtout entrepris pour étudier les actions hypnotique et sédative de l'apocodéine, enregistrait donc son action évacuante. Ce seul point intéressait la clinique générale et incitait à distraire l'apocodéine des indications un peu spéciales qu'avait visées M. Toy dans son expérimentation ; c'est aussi ce point seul que nous fûmes chargés de vérifier.

On nous pardonnera de ne relater ci-après que des observations courtes et sèches, des ébauches d'observations, mais, comme le nombre devait surtout emporter la conviction de l'action de l'apocodéine, c'est à multiplier les interventions chez les constipés de tous genres, habituels ou passagers, par rétention ou troubles digestifs que nous nous sommes attachés. L'on sait que les constipés sont légion, la chose n'était donc pas trop malaisée ; l'on jugera si toutes les variétés furent représentées.

Observation I. — P..., Paul, âgé de 40 ans, est entré à l'hôpital pour troubles dyspeptiques. Il est habituellement constipé ; le jour de son entrée il n'a pas été à la selle depuis quatre jours. A 11 heures du matin, on injecte 2 c. c. de la solution d'apocodéine, soit deux centigrammes. Le soir à 7 heures, le malade a une selle assez dure, puis deux autres selles plus molles. Les jours suivants, la constipation reparaît.

Observation II. — L..., Pauline, 45 ans, est habituellement constipée. Le jour de l'injection, elle n'a pas été à la selle depuis trois jours. On injecte 2 c. c. de la solution. Dans la soirée, la malade a une selle et une autre le lendemain.

Observation III. — H..., Henri, âgé de 62 ans, est atteint de tuberculose pulmonaire (craquements humides aux deux sommets). Il a toujours été constipé et a recours habituellement aux purgatifs. La dernière selle, il y a cinq jours, a été très pénible et peu abondante. Le 6 mars, injection de 2 c. c. d'apocodéine, quelques heures plus tard, selle dure, marronnée. Le lendemain, la constipation reparaît. Le 12, on injecte 1 c. c., l'effet ne se fait pas attendre, mais la constipation reparaît.

Observation IV. — M..., Edouard, 59 ans, alité pour un rhumatisme articulaire, est ordinairement constipé. Le 6 mars, il n'a pas été à la selle depuis cinq jours, et on pratique une injection de

2 c. c. d'apocodéine. Le lendemain, il a trois selles dans le courant de la journée et il éprouve un soulagement considérable. Les jours suivants, il va à la selle régulièrement. Le médicament paraît avoir donné chez lui d'excellents résultats.

Observation V. — D..., Adèle, est atteinte d'ulcère de l'estomac. Elle reste souvent huit jours sans aller à la selle, et n'y va que très péniblement à l'aide de purgatifs. Sous l'influence de l'injection, elle a une selle assez facile, puis une autre, mais les jours suivants la constipation reparaît.

Observation VI. — L..., Louise, est atteinte de tuberculose pulmonaire à la seconde période. Les selles sont souvent espacées de huit jours, et doivent être provoquées par des purgatifs et des lavements. Le 7 mars, la malade n'ayant pas été à la selle depuis cinq jours, on injecte 2 c. c. de la solution.

Les jours suivants, elle va à la selle régulièrement.

Observation VII. — D..., Edgard, atteint de troubles dyspeptiques d'origine alcoolique, n'a pas été à la selle depuis cinq jours. L'injection pratiquée le soir donne le lendemain une selle dure et pénible ; le soir, nouvelle selle plus molle, puis la constipation reparaît.

Observation VIII. — B..., Désiré, tabes à la seconde période. La constipation dure depuis quatre jours. On pratique une injection le 7 mars dans la matinée ; dans l'après-midi, le malade a des épreintes pénibles et ne va à la selle que le lendemain assez abondamment.

Observation IX. — D... Louis, atteint de tuberculose pulmonaire à la première période. N'a pas été à la selle depuis quatre jours. On pratique une injection de 2 c. c. Dans l'après-midi, le malade se plaint de douleurs au point de l'injection et on note une légère tuméfaction de la région. Le lendemain, la douleur a disparu, et le malade a eu une selle abondante.

Observation X. — P..., Henri, atteint de rhumatisme articulaire aigu (récidive) est habituellement constipé, surtout pendant ses attaques de rhumatisme. Le jour de son entrée il n'a pas été à la selle depuis huit jours. On lui injecte 2 c. c. de la solution. Dans la soirée il a une selle assez pénible, puis une autre plus molle. Cinq jours plus tard, la constipation reparaît, mais l'injection reste sans effet.

Observation XI. — J..., Anatole, est habituellement constipé. La constipation dure cette fois-ci depuis quatre jours. On injecte 2 c. c. Le soir, selle assez dure, puis la constipation reparaît.

Observation XII. — L..., Marie, atteinte de chorée, est constipée depuis quatre jours. Le médicament reste chez elle sans résultats.

Observation XIII. — D..., Adolphe, alcoolique invétéré, traité par l'opium et le sulfate de strychnine, est constipé depuis son entrée à l'hôpital. L'injection de 2 c. c. d'apocodéine, pratiquée à deux reprises différentes, reste chez lui sans résultats. On note à la suite une légère tuméfaction de l'avant-bras, qui disparaît assez rapidement.

Observation XIV. — P..., Isidore, entre à l'hôpital pour une hémiplégie droite datant de plusieurs semaines ; la constipation est marquée. L'injection du médicament reste sans résultats.

Observation XV. — D..., Jules, âgé de 34 ans, atteint de tuberculose pulmonaire. Le malade n'ayant pas été à la selle depuis trois jours, on lui injecte 2 centimètres cubes de la solution, dans l'après-midi, il va deux fois à la selle, et une nouvelle fois le lendemain.

Observation XVI. — H..., Philomène, est entrée à l'hôpital, pour bronchite. Constipée habituellement, elle n'a pas été à la selle depuis quatre jours. On injecte 2 centimètres cubes d'apocodéine ; dans l'après-midi, la malade a deux selles dont une assez pénible, et elle éprouve un soulagement considérable.

Observation XVII. — B..., Justine, âgé de 64 ans, est atteinte de cancer de l'estomac. Les selles sont rares, pénibles, accompagnées de coliques douloureuses. L'injection reste sans résultats.

Observation XVIII. — D..., Jules, atteint de tuberculose à la deuxième période, est constipé depuis six jours. L'absorption du médicament reste chez lui sans résultats.

Observation XIX. — B..., Benoît, âgé de 64 ans, est soigné pour bronchite chronique et emphysème. Il n'a pas été à la selle depuis trois jours. L'injection de 2 centimètres cubes d'apocodéine lui procure, dans la soirée, une selle assez abondante.

Observation XX. — R..., Marie, atteinte de vaginite, présente quelques symptômes d'ulcère rond de l'estomac. Soumise au régime lacté, elle est constipée depuis quatre jours. On lui injecte 2 centimètres cubes de la solution à l'avant-bras. Dans la journée, la malade se plaint d'une douleur assez vive au niveau de l'injection, et on observe une légère rougeur, sans tuméfaction. Les jours suivants, elle va régulièrement à la selle.

Observation XXI. — G..., Hippolyte, âgé de 27 ans, est soigné pour des accès de fièvre intermittente. La constipation, le jour de son entrée, dure depuis douze jours. L'injection de 2 centimètres cubes d'apocodéine, pratiquée à deux reprises différentes, reste chez lui sans résultats.

Observation XXII. — T..., Anaïs, atteinte de broncho-pneumonie grippale et d'hystérie. Le jour de son entrée, la malade n'ayant pas été à la selle depuis six jours, on injecte 2 c. c. de la solution d'apocodéine. Le soir, elle a une selle assez abondante, sans douleurs. On note une légère douleur à l'avant-bras, qui disparaît assez rapidement. Les jours suivants, la malade va régulièrement à la selle.

Observation XXIII. — D..., Marie, 44 ans, atteinte d'hyperchlorhydrie, est ordinairement constipée. Le jour de son entrée, la constipation dure depuis dix

jours. L'injection est pratiquée dans le tissu cellulaire de l'avant-bras. Le soir et les jours suivants, la malade va régulièrement à la selle, mais elle se plaint d'une douleur assez vive à la région de l'avant-bras, douleur qui ne disparaît qu'au bout de cinq à six jours.

Observation XXIV. — D..., Louis, tuberculeux à la première période. La constipation dure depuis six jours ; on injecte l'apocodéine dans le tissu musculaire. Le lendemain, le malade a une selle assez pénible, puis la constipation reparaît. Il n'accuse aucune douleur dans la région de l'injection.

Observation XXV. — G.., Angé, 56 ans, atteint de neurasthénie, est constipé depuis sept jours. On injecte 2 c. c. de la solution au bras, dans le biceps. L'injection n'occasionne aucune douleur, mais elle n'est suivie d'aucun résultat.

Observation XXVI. — E..., Charles, âgé de 67 ans, est soigné pour une pleurésie droite. La constipation durant depuis trois jours, il est soumis au traitement Dans la soirée il a deux selles abondantes, puis la constipation reparaît. L'injection, pratiquée comme précédemment dans le tissu musculaire, n'a occasionné aucune douleur.

Observation XXVII. — H..., Céline, âgée de 52 ans, est entrée à l'hôpital pour hyperchlorhydrie. Elle n'a pas été à la selle depuis cinq jours. On injecte 2 c. c. dans le biceps. Pas de douleurs. Pas de résultats.

Observation XXVIII. — O..., Eugénie, entre à l'hôpital pour syphilis et mal de Bright. La constipation, qui n'est pas habituelle chez elle, dure depuis trois jours. L'injection de 2 c. c. d'apocodéine lui donne dans la soirée deux selles assez abondantes. Elle a été pratiquée dans le biceps et n'a déterminé aucune douleur.

Observation XXIX. — G..., Pascaline, atteinte d'hyperchlorhydrie, est ordinairement constipée. L'injecde 2 c. c. d'apocodéine, pratiquée dans le biceps, fait cesser la constipation qui dure depuis cinq jours. Notons les vomissements qui survinrent un quart-d'heure après l'injection ; mais il est à remarquer que la malade venait de manger, et que les vomissements alimentaires sont assez fréquents chez elle.

Observation XXX. — B..., Sophie, est atteinte de cancer de l'estomac à la période cachectique. La constipation, très opiniâtre habituellement, dure depuis sept jours. L'injection, pratiquée dans les muscles du bras, n'est pas douloureuse, mais reste sans résultats.

Observation XXXI. — N..., Henri, ataxique à la première période, est constipé depuis quatre jours. On injecte dans le biceps 3 c. c. de la solution. Dans la soirée, il a une selle assez pénible, et une autre le lendemain. L'injection n'a pas été douloureuse.

Observation XXXII. — H..., Henri, atteint d'hémiplégie droite, n'a pas été à la selle depuis cinq jours. On injecte dans le biceps 2 c. c. d'apocodéine. Dans l'après-midi, il a une selle assez abondante, et une autre le lendemain. Pas de douleurs au niveau de l'injection.

Observation XXXIII. — B.., Gabrielle, atteinte de chlorose, est constipée depuis quatre jours. On lui injecte dans le tissu musculaire du bras 2 c. c. d'apocodéine. Le soir, elle a une selle peu abondante, et le lendemain la constipation reparaît. Elle n'a nullement souffert de l'injection.

Observation XXXIV. — C..., Alphonse, est atteint de rhumatisme articulaire aigu. La constipation est de règle chez lui, et ne cède qu'à des purgations répétées. Elle dure aujourd'hui depuis sept jours. L'injection de 2 c. c. d'apocodéine lui donne dans la soirée deux selles abondantes, et une troisième le lendemain. Le malade ne se plaint d'aucune douleur au point de l'injection, qui a été pratiquée dans le biceps.

Bien d'autres malades que les trente-quatre, dont les observations précèdent, ont reçu l'injection de chlorhydrate d'apocodéine ; de sorte qu'en réalité, si nous avions eu la patience de ne négliger aucun cas, c'est environ sur le double d'applications thérapeutiques que nous aurions pu asseoir nos conclusions, lesquelles conclusions eussent été les mêmes du reste. Quoi qu'il en soit de cette négligence, qu'excuse seule notre richesse en documents, voici comment nous pouvons condenser et résumer les résultats que nous avons obtenus.

Trente-quatre malades ont été observés, pris au basard et au fur et à mesure qu'ils demandaient à être soulagés de leur constipation ; la constipation durait chez eux depuis au moins trois jours, quelquefois depuis cinq et six jours, voire même depuis dix jours. Or sur ces trente-quatre cas, vingt-cinq fois une selle a été obtenue, parfois deux, parfois trois. Nous nous croyons donc avoir le droit de tirer cette première conclusion générale des faits observés, que le chlorhydrate d'apocodéine amène dans les trois quarts des cas de constipation la cessation immédiate de cet état ; nous ne voulons conclure aussi fermement que pour la constipation passagère bien entendu.

Il resterait à rechercher s'il est une catégorie spéciale de constipés sur lesquels l'apocodéine n'a pas de prise. Nous avouons qu'il nous paraît aventureux de nous prononcer.

Tous les constipés habituels en effet ont été soulagés (observations II, III, IV, VI, X, XI, XVI, XXIX, XXXIV) sans exception, et les constipés par dyspepsie ont été soulagés aussi (observations I, V, VII, XX, XXIII, XXXIII) à l'exception d'un hyperchlorhy-

drique (obs. XXVII). Ces résultats, quelque importants qu'ils soient, puisque positifs, ne laissent pas apercevoir quand l'apocodéine doit être inefficace. Nous avons remarqué cependant que c'est dans la catégorie des constipations passagères et dans celle des constipations par obstacle mécanique que n'agissait pas l'apocodéine. Deux carcinomes de l'estomac (obs. XVII et XXX) en effet n'ont pas été touchés par le médicament, et M. le professeur Combemale nous a rapporté un troisième cas tiré de sa clientèle particulière où les résultats furent encore négatifs. Il semble donc bien que la constipation du cancer stomacal, par un mécanisme que nous n'interpréterons pas, ne réponde pas à l'apocodéine.

D'autre part, parmi les constipés passagers, nous avons relevé une choréique (obs. XII), un alcoolique en accès de delirium et saturé d'opium (obs. XIII), un hémiplégique (obs. XIV), un paludéen en accès (obs. XXI), un neurasthénique (obs. XXV), un tuberculeux (obs. XVIII), un hyperchlorhydrique (obs. XXVII). Quelle cause commune réunit ces cas rebelles à l'action évacuante de l'apocodéine ? Pour trois d'entr'eux leur affection, d'essence nerveuse ou à manifestations nerveuses intenses, les réunit, peut-être artificiellement, les groupe néanmoins de telle façon qu'il est permis de se demander si le péristaltisme intestinal somnolent ou engourdi ne résiste pas à l'incitation de l'apocodéine aux doses employées, parce que ces doses sont trop faibles. Quant aux deux autres, le tuberculeux et l'hyperchlorhydrique en particulier, si nous ne faisons pas la même hypothèse de doses trop faibles, nous ne voyons pas quelle explication donner. Point n'est besoin de chercher la raison de l'insuccès chez l'alcoolique délirant : s'il avait été calmé par l'opium, il avait aussi été abominablement constipé, ce qui est la règle, et la dose d'apocodéine était manifestement trop faible Le paludéen seul n'est peut-être pas susceptible de cette explication. Son système nerveux actionné par la fièvre ne répondait qu'incomplètement à l'agression par l'apocodéine : telle est l'opinion que nous faisons de cette exception à la règle.

Au total, et après analyse, ce seraient bien tous les cas observés ou à peu près tous, qui, à doses convenables, auraient répondu à notre attente. Nous croyons que cette correction peut être apportée à la conclusion première, et cela sans s'écarter de la vérité.

Nous tenons en second lieu à noter qu'en aucun cas, nous n'avons observé d'accidents dignes d'être signalés. Chez la malade qui fait l'objet de l'observation XXIX, où nous rapportons la venue de vomissements, nous les imputons plutôt à l'affection stomacale dont souffrait la malade qu'à l'action du médicament.

Notons encore que dans une première série d'observations, plusieurs malades, les femmes en particulier, se sont plaints d'une douleur assez vive qui suivait l'injection hypodermique, douleur qui, dans un cas, dura plus de vingt-quatre heures. Au niveau du point où la piqûre avait été faite, on constatait en effet une rougeur diffuse sans tuméfaction. Toutefois pour cette raison, dans une seconde série d'observations, l'injection fut pratiquée dans le tissu musculaire, et dès lors plus un malade ne s'est plaint. Les injections étaient naturellement pratiquées avec toute l'asepsie désirable, et il ne se produisit jamais d'abcès. L'apocodéine possède donc une action irritante locale légère, lorsqu'on l'introduit dans l'économie par la voie sous-cutanée. Mais il n'y a pas dans ce fait de quoi faire abandonner la voie hypodermique.

Pour bien mettre en évidence l'action évacuante de l'apocodéine, il convenait même de n'avoir recours qu'à la voie sous-cutanée afin d'éviter que l'action excitante locale, si l'apocodéine en possède une, ne fût accusée d'être directement la cause du réveil de l'hypersécrétion et du péristaltisme intestinaux. Ajoutons que pour la sincérité de l'épreuve, ce moyen était excellent, puisqu'aucune supercherie ne pouvait intervenir, alors que nous opérions nous-même l'injection.

Nous avons employé pour nos expériences la solution suivante :

Chlorhydrate d'apocodéine	50 centigrammes
Eau stérilisée	50 grammes.

La quantité injectée étant en général de deux centimètres cubes, la dose du médicament absorbée était de 2 centigrammes en moyenne. Cette dose, suffisante pour produire l'effet recherché, ne pouvait avoir sur l'organisme aucun retentissement ; nous avons vu en effet que M. Guinard, en injectant deux à trois centigrammes par kilogramme d'animal, n'obtenait que des effets soporifiques assez légers.

Si nous résumons notre travail, nous voyons que le chlorhydrate d'apocodéine est un médicament que l'on peut employer toujours contre la constipation passagère, parfois contre la constipation habituelle,

sans crainte du moindre accident. Dans presque tous les cas, son effet est sûr et assez rapide à la dose de deux centigrammes par la voie hypodermique. Nous étant interdits au cours de nos recherches de l'administrer par la voie buccale, nous ne pouvons fixer, faute d'expérience, la dose utile lorsque l'apocodéine est prise en pilules ou solution.

Ces propriétés évacuantes, laxatives plutôt que purgatives, de l'apocodéine, étaient donc dignes d'être signalées ; aussi, M. le professeur COMBEMALE nous a pressé de les faire connaître, d'abord parce que les purgatifs par voie hypodermique ne sont pas nombreux, ensuite parce que l'action sur les mouvements de l'intestin des alcaloïdes de l'opium (1), de la belladone et d'autres médicaments galéniques est à l'ordre du jour, et que cette première contribution clinique aidera peut-être à faire sortir du laboratoire des agents dont ne profite pas encore la clinique quotidienne.

Sur un cas d'amyotrophies progressives des deux membres inférieurs et du membre supérieur droit chez une fillette de dix ans (*probabilité d'une forme anormale du type juvénile de Erb*),

Par le docteur **E. Ausset**, professeur agrégé,
chargé de cours à l'Université de Lille.

Le 25 septembre dernier entrait dans mon service la jeune Marthe P...., âgée de 10 ans 1/2. Elle nous est envoyée par un confrère avec le diagnostic de rhumatisme articulaire.

Le père, âgé de 54 ans, serait rhumatisant depuis 20 ans; la mère, 51 ans, bien portante, accuse des habitudes alcooliques. Pas de syphilis probable. Quatre enfants morts en bas-âge : un aux colonies, un, à quatre ans, de bronchite, deux, de causes mal déterminées. Il y a encore cinq enfants bien portants. Notre petite malade est la plus jeune de la famille. Elle a été nourrie au sein, a marché de très bonne heure et ne présente pas de traces de rachitisme. Elle aurait eu des bronchites assez fréquemment répétées et la rougeole.

Au mois de mars dernier, l'enfant ressentit un malaise général qui l'obligea à quitter l'école et à rester chez elle ; il nous est très difficile de préciser ce qu'elle eut exactement. D'après les parents, elle se plaignait plus particulièrement de maux de tête et de douleurs articulaires limitées aux genoux. Elle aurait eu également à cette époque d'abondantes épistaxis. En interrogeant l'enfant nous apprenons en outre qu'elle ressentit à ce moment des douleurs osseuses au niveau des articulations et le long de la colonne vertébrale. Les choses en étaient là, quand, trois semaines après, le dimanche de Pâques, ses parents voulurent l'emmener avec eux faire une visite ; dans la rue, elle s'affaissa à plusieurs reprises et dut à chaque fois être relevée, ne pouvant le faire elle-même. Rentrée chez elle, elle s'alita, et le lendemain fut prise de douleurs intolérables au niveau des articulations des genoux, des pieds et de l'épaule droite; ces douleurs étaient spontanées, se produisant même au repos, et l'enfant les compare à de violents élancements; de temps à autre elles se propageaient tout le long des membres. Il est à remarquer que le membre supérieur gauche ne fut jamais le siège d'aucune douleur.

En plus des douleurs, l'enfant ressentait des démangeaisons et des picotements dans les membres envahis. Les régions articulaires, sièges des douleurs, étaient, *paraît-il*, très nettement tuméfiées au dire des parents, et la pression à leur niveau était très douloureuse.

Pendant plusieurs semaines la situation serait restée stationnaire, puis les douleurs perdirent de leur acuité. Les parents ne savent pas nous préciser si pendant cette période les membres de l'enfant s'amaigrissaient. Cependant un jour ils furent frappés de l'atrophie très nette de l'avant-bras droit et des jambes. De plus, les pieds se déformaient, malgré des frictions et des massages Il semble donc, d'après ce que nous racontent les parents, qu'ils n'ont pas très bien suivi la marche de l'atrophie ; cette atrophie, qui a vraisemblablement débuté au moment des grandes douleurs, ne les a frappés que lorsqu'elle eut amené des déformations des pieds. C'est dans ces conditions que l'enfant nous fut amenée dans le service de la clinique infantile.

Comme on peut s'en rendre compte, c'est une fillette très bien développée pour son âge, dont l'état général paraît excellent, qui ne présente aucune trace de rachitisme, et chez laquelle nous ne voyons aucune trace de syphilis héréditaire. Poumons et cœur normaux. Foie normal, rien au tube digestif si ce n'est un peu de constipation, urines normales.

L'aspect de la face est absolument normal. Il n'y a pas de troubles oculaires, les pupilles sont normales, pas de paralysie des paupières ni d'aucun muscle de l'œil. L'ouïe et la parole sont tout à fait normales. Il n'y a aucune paralysie des muscles de la face.

La poitrine est assez bien développée. Il n'y a aucune déviation de la colonne vertébrale, aucun point douloureux sur toute sa longueur.

Le membre supérieur gauche est normal, de ce côté l'enfant éxécute facilement tous les mouvements qu'on lui commande.

Au membre supérieur droit les mouvements volontaires sont presque totalement abolis, l'enfant ne peut même pas soulever la main au dessus du plan du lit. Les mouvements de l'épaule sont extrêmement restreints, ceux de l'avant-bras sur le bras encore plus limités, et ceux de la main sur l'avant-bras sont nuls La main est constamment inerte, en pronation complète. Depuis la racine du membre jusqu'à la périphérie tous les muscles sont considérablement atrophiés. L'atrophie paraît avoir atteint plus particulièrement les pectoraux, le trapèze, les muscles ronds, les sus et sous-épineux, le deltoïde, le coraco-brachial, le biceps, les extenseurs de l'avant-bras, les muscles des éminences thénar et hypothénar et les interosseux. Au dynamomètre nous obtenons à peine 5 à droite et 40 à gauche.

L'attitude de ce membre est également à noter : l'épaule est immobile, le coude est fixé à la poitrine, et la main est fléchie sur l'avant-bras. Les phalanges et les phalangines sont également fléchies sur la paume de la main. Au niveau d'aucun muscle nous ne notons de contracture et tous les mouvements peuvent être facilement imprimés aux divers segments de la main et du membre. Les articulations sont tout à fait normales ; leur mobilisation ne réveille aucune douleur.

La sensibilité est normale dans tous ses modes.

Les deux membres inférieurs sont pris, mais à un degré

(1) VAN VAMOSSY. Deutsche medicin. Wochenschrift, 1897, p. 458.

moindre. L'impotence fonctionnelle est à peu près absolue au membre inférieur droit, alors qu'elle est limitée au pied du côté gauche.

Les réflexes tendineux sont abolis à droite, très diminués à gauche. — Pas de trépidation épileptoïde. — *La sensibilité est normale sous tous ses modes.*

L'atrophie musculaire est beaucoup plus accusée à droite qu'à gauche. Les muscles plus particulièrement atrophiés paraissent être les adducteurs, le triceps fémoral (il existe une atrophie en jarretière très nette) et les extenseurs de la jambe.

Les muscles atrophiés ne présentent ni contractions fibrillaires ni crampes, pas plus aux membres inférieurs qu'au membre supérieur atteint.

Les articulations des genoux et de la hanche sont absolument indemnes, elles sont tout à fait normales; les divers mouvements imprimés aux segments du membre ne provoquent aucune douleur et s'exécutent très facilement.

Les pieds sont le siège de déformations remarquables. Ils sont dans l'extension complète sur la jambe, les orteils sont fléchis et la plante est déjetée en dedans de sorte que le bord interne est très relevé. On a une sorte de varus équin. Il convient de noter que les pieds ne sont pas ballants et qu'au contraire ils sont tout à-fait rigides ; les deux tendons d'Achille forment une corde très tendue. Il ne semble pas y avoir encore de déformations osseuses.

Les articulations du cou de pied sont normales des deux côtés.

En aucun point des membres nous n'avons noté de troubles vaso-moteurs et de troubles trophiques. L'enfant n'éprouve aucune douleur.

L'examen électrique des muscles atteints a été fait par notre distingué collègue, M. le professeur agrégé BÉDART, avec son obligeance habituelle. Voici son résultat :

MEMBRES INFÉRIEURS :

Jambes. — Groupes antéro-latéraux (jambiers antérieurs, péroniers) : Excitabilité faradique totalement disparue. Excitabilité galvanique très diminuée, à peine appréciable, mais sans renversement de la réaction. Groupes postérieurs : Excitabilité faradique très diminuée, mais conservée. Excitabilité galvanique diminuée, mais pas de renversement de la réaction.

Cuisses. — Territoire du crural et de l'obturateur : Excitabilité faradique un peu diminuée mais conservée — (Evaluation quantitative difficile, les deux côtés étant pris), — Réactions galvaniques très nettes qualitativement et quantitativement.

Territoire du sciatique à la cuisse : Réactions faradiques et galvaniques normales.

Sensibilité cutanée des membres inférieurs normale.

MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT :

Territoire du radial et de l'axillaire : Excitabilité faradique totalement abolie dans tout le territoire. Excitabilité galvanique : deltoïde, très diminuée ; triceps, très diminuée — qualitativement conservée (pas de renversement de la réaction), — Excitabilité galvanique des extenseurs de l'avant bras abolie, sauf pour le long abducteur du pouce qui répond très légèrement.

Musculo-cutané : Biceps et coraco-brachial : Excitabilité faradique abolie. — Réactions galvaniques conservées mais diminuées.

Territoire du médian et du cubital : Contractilité faradique conservée facilement. Réactions galvaniques qualitativement normales mais diminuées.

Sensibilité cutanée normale.

En résumé, il n'existe pas à proprement parler de réaction de dégénérescence complète, caractérisée par le renversement de l'excitation polaire.

En résumé nous nous trouvons ici en présence d'une enfant atteinte d'une paralysie des deux membres inférieurs et du membre supérieur droit, avec atrophies musculaires très accentuées, intégrité absolue de la sensibilité et des sphincters, le tout s'étant installé assez rapidement mais d'une façon progressive et non subite. »

La première pensée qui vient à l'esprit est que nous nous trouvons en face d'une paralysie infantile diffuse. Mais, à mon avis, il faut rapidement éliminer ce diagnostic. La paralysie infantile est le plus généralement une maladie aiguë fébrile, à début rapide et subit ; la paralysie musculaire s'installe pour ainsi dire en quelques heures ; elle est diffuse d'emblée, se résout plus ou moins en quelques jours, reste exceptionnellement cantonnée dans tous les territoires qu'elle a atteints d'emblée. Chez notre malade le début a été plutôt lent et la paralysie s'est installée assez insidieusement au point que quand les parents s'en sont aperçus il y avait un commencement de déformation des pieds. En outre la marche de la paralysie a été progressive chez notre enfant ; or, dans la paralysie infantile, ou bien les muscles paralysés d'emblée restent les seuls paralysés définitivement, il ne s'en prend pas de nouveau ultérieurement, ou bien, ce qui est l'habitude, il y a une phase régressive qui fait que la maladie se cantonne dans un groupe musculaire. Enfin dans la paralysie infantile, la réaction de dégénérescence est rapidement très manifeste et chez notre malade elle n'existe encore pas depuis plus de six mois que dure l'affection.

En outre les pieds ne sont pas pendants comme dans la paralysie infantile ; ils sont au contraire en extension, rigides, et difficilement mobilisables.

On se souvient que notre petite malade a présenté des douleurs articulaires assez intenses, *au dire des parents* ; et même les articulations de l'épaule droite, des genoux et des pieds auraient été enflées. Peut-on penser ici à une amyotrophie spinale d'origine réflexe, liée à des arthrites aiguës infectieuses ou rhumatismales ? On sait aujourd'hui que des lésions quelconques affectant des articulations des membres se compliquent assez souvent d'une paralysie amyotrophique des muscles extenseurs des articulations intéressés. Dans ces cas, l'affection du muscle est due au retentissement de l'irritation des nerfs articulaires sur son centre trophique spinal (cellules des cornes antérieures). Ces amyotrophies s'observent dans le cours des arthrites tuberculeuses, rhumatismales, blennorrhagiques, ou infectieuses quelconques, ainsi que dans les traumatismes des articulations. Il n'est pas besoin que le traumatisme ait été très violent ou l'inflammation articulaire très intense pour voir se produire de graves amyotrophies. On a vu des arthrites légères engendrer de graves

atrophies, et des lésions musculaires insignifiantes accompagner des arthrites graves. On n'a pu encore trouver la cause de cette contradiction, et il semble qu'on puisse la placer dans des prédispositions héréditaires ou acquises. Or, chez notre petite malade nous avons noté que le père est rhumatisant depuis 20 ans.

J'avoue que je ne puis absolument éliminer de mon esprit cette idée d'une amyotrophie réflexe consécutive à une polyarthrite. Je ferai remarquer les douleurs violentes accusées par l'enfant au niveau des articles, le gonflement de ces articles vu par les parents et l'enfant, le traitement anti-rhumatismal appliqué par le confrère qui a soigné cette enfant en ville, et qui, par conséquent, n'a dû appliquer ce traitement qu'en face de symptômes articulaires assez nets. En outre, comme dans tous les cas semblables, on remarquera que ce sont surtout les extenseurs qui sont pris chez notre petite malade ; les fléchisseurs du bras et de la jambe sont bien un peu atteints mais beaucoup moins que les extenseurs. Là aussi, comme chez notre enfant, les réactions électriques sont surtout diminuées quantitativement ; la réaction de dégénérescence est absente. Il n'y a pas non plus de troubles trophiques, ni de troubles vaso-moteurs. Pas de contractions fibrillaires de muscles paralysés et atrophiques.

En somme, je fais des réserves en faveur de ce diagnostic que je n'accepterai toutefois que s'il m'est impossible d'en trouver une autre plausible ; car il faut bien le dire, de telles amytrophies avec une impotence fonctionnelle aussi complète sont rares consécutivement aux polyarthrites.

On peut aussi penser que nous sommes ici en face d'une polynévrite. Les vives douleurs, les fourmillements accusés par notre malade plaide en cette faveur. On voit aussi dans ces cas les articulations se tuméfier. Mais outre que les polynévrites sont très rares à cet âge, nous n'observons aucun trouble de la sensibilité, pas de réaction de dégénérescence. La paralysie serait encore plus généralisée, symétrique, les muscles et les troncs nerveux seraient douloureux à la pression. Pour toutes ces raisons il ne me paraît pas possible de s'arrêter à l'idée d'une polynévrite.

Il nous reste maintenant à chercher si nous pouvons classer notre cas dans un des groupes constitués par les amyotrophies chroniques progressives. On sait qu'il existe trois grandes classes de ces amyotrophies, celles qui correspondent à des lésions des cornes antérieures de la moelle, celles qui sont dues à des lésions des nerfs périphériques, enfin celles qui ne s'accompagnent que de lésions du muscle. Mais je me hâte d'ajouter immédiatement que si pour la facilité de la description on peut ainsi distinguer ces trois grandes classes, il existe entre elles des termes de transition très multiples qui rendent très difficile la répartition exacte et définitive du domaine revenant en propre à chacune.

Je laisse de côté la forme décrite par Hoffman et Werdnig sous le nom d'amyotrophie spinale progressive de la première enfance, puisque nous avons affaire à une fillette de 10 ans.

Dans la classe des amyotrophies d'origine spinale et névritique, on distingue deux types très nets : l'*atrophie musculaire de* Charcot-Marie et le *type hypertrophique de* Déjerine-Sottas.

Ce qui caractérise le type de Charcot-Marie, c'est le début par les petits muscles des pieds, l'atrophie des muscles des jambes, l'atrophie en jarretière, tous signes que nous retrouvons chez notre petite malade ; mais elle n'a pas encore la main en griffe comme dans ce type de Charcot-Marie, les muscles du membre supérieur droit ont été très rapidement pris ainsi que ceux de l'épaule. Il n'y a pas chez elle de contraction fibrillaire dans les muscles paralysés ; il n'y a pas de troubles vaso-moteurs. Enfin la malade est la seule de sa famille qui présente ces symptômes. — En somme nous avons plus de signes qui nous éloignent d'une amyotrophie type Charcot-Marie, que d'autres qui nous en rapprochent.

Dans le type de Déjerine-Sottas, outre l'amyotrophie progressive, nous notons des symptômes de tabes vulgaire, de la cypho-scoliose, et de l'hypertrophie des troncs nerveux que l'on sent très bien au palper. Chez notre enfant, il n'y a rien de semblable.

Parmi les amyotrophies d'origine myopathique on a également distingué plusieurs types suivant la localisation première de l'atrophie ; mais à côté de ces grands types principaux on en a décrit un certain nombre d'accessoires, on a fait des sous-divisions, ce qui prouve bien qu'en réalité tous ces divers types peuvent se fondre les uns avec les autres et constituer les formes cliniques les plus variées. Aujourd'hui on se rend parfaitement compte de la parenté étroite qui existe entre ces types différents au premier abord, et l'on peut les arranger tous sous la dénomination générale de myopathies primitives progressives.

Pour la clarté de la discussion de notre diagnostic nous adopterons cependant la division admise dans tous les traités classiques :

Je n'insiste pas sur le type pseudo-hypertrophique dont notre malade ne revêt en rien l'aspect.

Le type décrit par Landouzy et Déjerine est surtout un type facio-scapulo-huméral. Sa caractéristique est le facies myopathique si particulier qui donne au malade un aspect béat, peu éclairé par l'intelligence. C'est même généralement par la face que commence l'installation des paralysies, et très souvent cette face reste la seule prise pendant de nombreuses années.

L'intégrité absolue de la face, la rapidité de l'évolution nous permettent d'éliminer ce type pour notre petite malade.

Erb a décrit en 1884 une forme toute particulière d'atrophie musculaire progressive qu'il rattache aux myopathies et qui débute souvent à l'époque de la puberté où pendant la seconde enfance. Le type décrit par Erb est bien généralement scapulo-huméral, et symétrique, mais il rapporte des observations où les amyotrophies commencèrent par les membres inférieurs et envahissant au début un seul côté du corps. Dans d'autres cas, il a vu également les bras et les jambes simultanément envahis. Il n'existe pas de contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés, et il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

Je serai donc tenté de rapprocher le cas de notre fillette des cas anormaux observés par Erb et d'en faire une *atrophie musculaire progressive juvénile d'origine myopathique.*

Incontestablement la forme clinique présentée par notre petite malade ne rentre pas dans les cas classiques décrits par les divers auteurs. Mais je ne puis réellement penser à un autre diagnostic. Je le répète : les amyotrophies s'observent au cours des polyarthrites infectieuses, ou rhumatismales, mais elles sont rarement aussi généralisées. La paralysie infantile a une marche régressive, et dans les cas de paralysie définitivement diffuse, tous les muscles qui doivent rester paralysés sont atteints d'emblée. Or, ne l'oublions pas, la marche des paralysies et des atrophies a été chez notre enfant *essentiellement progressive*, débutant par de la faiblesse des membres inférieurs, prenant les pieds, puis les jambes, puis les cuisses et enfin au bout de quelques mois atteignant le membre supérieur droit. Il n'existe aucun trouble de sensibilité, ni réaction de dégénérescence ; on ne peut donc penser à une polynévrite, d'ailleurs exceptionnelle chez les enfants et dont nous rechercherions en vain la cause. Je crois donc qu'on ne peut penser qu'à une amyotrophie progressive et parmi les types divers décrits j'ai trouvé dans les diverses observations de Erb certains cas qui sont ceux qui s'éloignent le moins du type présenté par ma jeune malade. Une seule observation ne me paraît pas suffisante pour créer un type nouveau, d'autant qu'il n'y a pas ici de caractères spéciaux assez tranchés pour justifier cette création.

Au reste tous les types de myopathie qui ont été décrits ont été classés suivant la localisation des altérations musculaires. Mais, de l'avis de tous les auteurs, à côté de ces cas types, il existe une foule d'intermédiaires et de variantes qu'on pourrait presque dire aussi nombreux que les observations rapportées.

L'évolution de l'affection présentée par notre petite malade sera très longue. Actuellement elle semble être à une des phases d'arrêt habituelles à ces sortes de cas. Notre enfant peut ainsi atteindre un âge très avancé, mais il faut toujours craindre les complications intercurrentes, surtout les affections des poumons.

Dans l'espoir, peut-être un peu illusoire, d'enrayer les dégénérescences musculaires, nous avons soumis les muscles de cette enfant à un traitement tonique intensif : électricité, douches et massages. Nous veillons aussi à sa nutrition générale, et dans l'avenir les plus grandes précautions devront être prises vis-à-vis des diverses infections pulmonaires et particulièrement vis-à-vis de la tuberculose.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le poids du cerveau et l'intelligence

On exagère souvent le rapport entre le poids du cerveau humain et le développement de l'intelligence ; les comparaisons que l'on fait sont, dans la réalité, pleines de contradictions.

J. Simms, dans *Popular Science Monthly*, a réuni un certain nombre de ces contradictions. D'après ses recherches, le cerveau le plus pesant connu serait celui d'un vendeur de journaux de Londres, qui était un véritable type d'idiot. Le poids de son cerveau était de 2.400 grammes. Puis vient le cerveau de Rustan, un pauvre misérable paysan de la Scandinavie ; son cerveau pesait 2.340 grammes. Celui d'une jeune Indienne pesait 2.200, soit 70 grammes de plus que le cerveau le plus lourd des hommes de génie, par exemple de l'écrivain russe Tourguenieff. Le poids moyen du cerveau humain varie notablement. Suivant Flin, il est de 1.500 grammes ; d'après Krause, de 1.050. Or, Simms a trouvé que les cerveaux de soixante personnes célèbres donnaient le poids moyen de 1.530 grammes, ce qui le met au-dessous de la moyenne minima ordinaire, car le poids moyen de dix cerveaux d'idiots et de cinq d'imbéciles atteignait 1.776 gr. Il faut donc en matière de cerveau, comme en tout, distinguer entre la quantité et la qualité. Il est certain toutefois que pour un organe aussi complexe que l'est celui de la pensée, la structure intime et la disposition des rapports des éléments cellulaires doivent jouer un rôle principal.

(*Journal d'accouchements*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 9 novembre 1900 a eu lieu la réunion de l'**Association de la Presse médicale française**, sous la présidence de M. le docteur Lucas-Championnière, syndic.

Vingt personnes y assistaient.

1° Nominations. — Ont été élus *Membres* de l'Association : M. le docteur Ed. Vidal, rédacteur en chef des *Archives de Thérapeutique ;* — M. le docteur Cruet, rédacteur en chef de la *Revue de Stomatologie.*

2° Candidatures. — Sont nommés rapporteurs des candidatures de M. le docteur Hartenberg, rédacteur en chef de la *Revue de Psychologie*, et de M. le docteur Lapeyre,

rédacteur en chef de la *Gazette Médicale du Centre*, MM. les docteurs Bérillon et R. Lévy.

3° Congrès de la Presse. — MM. Lucas-Championnière et Cornil ont félicité M. Blondel de sa nomination comme Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. R. Blondel a remercié en termes émus M. Lucas-Championnière et M. Cornil, ainsi que tous les collègues présents, pour leur manifestation si touchante. Il a annoncé, en même temps, la naissance de quatre Associations de Presse Médicale créées en Danemark, en Norvège, en Suède et en Russie, à la suite des conférences qu'il vient de faire dans les capitales de ces quatre pays. En transmettant à l'Association française les vœux et les souhaits de prospérité, dont il a été chargé pour elle aux cours des réunions et des banquets organisés en l'honneur du représentant de l'Association, il a invité les membres présents à porter la santé des quatre Associations sœurs, encore au berceau, et qui donneront certainement la preuve de leur vitalité au prochain Congrès de Bruxelles.

L'assistance entière s'est associée à ce toast.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le *concours d'agrégation* (section de médecine et médecine légale) commencera le lundi 17 décembre à Paris. Le jury désigné par le ministre pour juger les épreuves de concours est composé de MM. les professeurs Jaccoud, président; Cornil, Dieulafoy, Hutinel, Chautemerre, de Paris ; Bondet, de Lyon ; Coyne, de Bordeaux ; Grasset, de Montpellier; Schmitt, de Nancy.

Parmi les candidats inscrits pour la place vacante à Lille, nous relevons le nom du docteur Patoir, de Lille, pour lequel nous formons les meilleurs vœux.

Le règlement de la bibliothèque universitaire de Lille rappelé par M. le Recteur porte :

« Ne peuvent faire usage de la Bibliothèque universitaire que :

1° Les Membres du personnel enseignant et du personnel auxiliaire des Facultés;

2° Les Fonctionnaires de l'Administration académique et de l'Enseignement secondaire en résidence à Lille ;

3° Les Etudiants régulièrement immatriculés, à quelque Faculté de l'Université de Lille qu'ils appartiennent ;

4° Les personnes qui se sont fait inscrire comme membres de la Société des amis de l'université, et ont acquitté, dans ce but, une cotisation annuelle de *dix francs* au Secrétariat de la Faculté de Médecine (1, rue Jean-Bart). Ces personnes devront se présenter à M. le Bibliothécaire en Chef, et lui remettre la quittance délivrée par le Trésorier de ladite Société. »

Soutenances de thèses

M. H.-V. Cresson, de Frévent (Pas-de-Calais) interne des hôpitaux d'Amiens, a soutenu le lundi 26 novembre 1900, avec succès, sa thèse de doctorat (6me série n° 20), intitulée : **Traitement des hémorrhagies placentaires des derniers trois mois de la grossesse par l'évacuation totale et manuelle de l'utérus ou accouchement forcé.**

M. A.-F. Dorvaux, de Metz (Alsace-Lorraine), a soutenu, avec succès, le mercredi 28 novembre 1900, sa thèse de doctorat (6me série, n° 21), intitulée : **de la persistance simple du canal artériel, étude étiologique, anatomo-pathologique et symptomatologique.**

Notre « Carnet »

Une fille, Louise, vient de naître à notre excellent collaborateur, le professeur agrégé Gaudier. Nous adressons nos meilleurs souhaits à la mère et à l'enfant.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Montpellier. — M. le docteur Puech, agrégé, est chargé, d'un cours de clinique obstétricale pendant la durée du congé accordé à M. Grymfellt (année scolaire 1900-1901).

Besançon. — M. Magniez, professeur de botanique médicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de l'Ecole.

Dijon. — M. le docteur Vincent, suppléant, est chargé, durant l'année scolaire, d'un cours de pharmacie et de matière médicale.

Reims. — M. le docteur de Bovis, suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Poitiers. — M. le docteur Petit est, après concours, nommé professeur suppléant d'anatomie, d'histologie et de physiologie.

Bordeaux. — M. le docteur Abadie est nommé, après concours, chef de clinique médicale.

Lyon. — M. le docteur Tixier est nommé, après concours, chef des hôpitaux.

HOPITAUX ET HOSPICES

Rouen. — Après concours, MM. les docteurs Derocque et de Batz ont été nommés médecins des hôpitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — M. Yvon a été élu membre titulaire dans la section de pharmacie.

Distinctions honorifiques

Ont été nommés *officiers de l'instruction publique* : MM. les docteurs Morin, de Paris ; Lannois, de Lyon ; Nogier, médecin inspecteur de l'École de santé de Lyon.

Sont nommés *officiers d'Académie* : MM. les docteurs Bouglé, Mauclaire, Parent, Rochon-Duvigneaud, de Paris ; Ballion, de Villandraut (Gironde) ; Desgranges, de Marchenoir (Loir-et-Cher) ; Dauvé, de Colombey-les-deux-Eglises (Haute-Marne) ; Moure, de Saint-André de Cubzac (Gironde); Gourmaud, de Langon (Vendée) ; Maniel, de Saint-Rivat-des-Vieux (Gard), Bonnecaze, de Courbevoie (Seine) ; Collet, de Lyon; Gacon, de Bordeaux ; Girard, de Charbonnières-les-Bains.

Une mention honorable des *épidémies* est décernée à M. le docteur PETROLACCI-STEPHANOPOLI, de Bône (Algérie).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DURAND (DE GROS), de Paris ; BOUNY, de Paris ; DUPLOUY, directeur du service de santé de la marine en retraite ; OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Lyon ; LEVAVASSEUR, du Blanc (Indre) ; DORVAY, de Châtellerault (Vienne) ; LITARDI, externe des hôpitaux de Marseille ; Edmond GUYOT, étudiant en médecine à Lille.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois, ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En Pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

46 et 47me SEMAINE, DU 11 AU 24 NOVEMBRE 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	12
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	3	3
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	3	5
20 à 40 ans	9	13
40 à 60 ans	18	14
60 à 80 ans	18	17
80 ans et au-dessus	2	5
Total	75	77

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	2	7	16
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2	»	»	4	»	»	»	»	»	5	13	23
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	10	13	31
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	6	1	»	2	»	»	»	»	»	16	29	54
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	»	7	»	»	»	»	»	5	15	20
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	»	6	»	»	1	»	»	9	22	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	1	»	»	5	»	»	»	»	»	9	19	11
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	6	12	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	3	»	3	»	»	5	»	»	»	»	»	3	16	33
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	8
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	4	12
Total	»	»	1	»	»	»	1	8	13	7	17	1	»	33	1	»	1	1	»	68	152	230

N° 204. Quatrième Année. N° 49. Le Numéro : **10** centimes. 9 Décembre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches expérimentales sur l'exclusion avec fermeture totale du gros intestin sans lavages préalables.

par **J. Drucbert**, interne des hôpitaux.

Travail du laboratoire de pathologie interne et expérimentale de la Faculté de Médecine de Lille (Professeur SURMONT).

Ayant dans une note antérieure (1) déterminé avec suffisamment de détails la signification que nous accordons au terme d'exclusion de l'intestin, nous croyons inutile de revenir ici sur la question de terminologie et nous aborderons immédiatement la relation de nos expériences.

Notre première série d'exclusions de l'intestin a porté sur cinq chiens. Nos animaux avaient subi au préalable une anastomose entre l'iléon et la partie supérieure du rectum. Des expériences rapportées dans ce journal (1) et celles-ci même nous ont montré que cette opération ne procure pas à l'anse ainsi traitée un repos absolu. Les matières fécales refluent encore, au moins dans le côlon descendant; elles peuvent s'y accumuler et y stagner. La circulation des matières n'est donc pas complètement supprimée, cependant elle est rendue moins active dans cette partie de l'intestin ; de plus les matières qui stagnent de la sorte dans le gros intestin sont appauvries par la résorption et ne constituent pas un milieu bien favorable aux pullulations microbiennes. On peut donc admettre, tout au moins a priori, qu'en ce qui concerne son contenu microbien, l'anse se trouve placée dans de meilleures conditions pour une exclusion avec fermeture totale.

L'anastomose préalable permet d'exclure une grande portion d'intestin ; elle diminue la durée et par conséquent les risques de l'opération, puisqu'on a déjà réalisé un des temps de l'intervention, le rétablissement de la continuité du tube digestif.

Enfin ce mode opératoire offre encore un autre avantage ; en l'employant on ne fait pas de brèche au mésentère comme dans l'exclusion d'une portion d'intestin avec réunion axiale des deux tronçons du tube digestif. Cette considération n'est pas à dédaigner puisque dans ses dix-sept expériences sur l'exclusion, VON BARACZ (2) a perdu cinq animaux à la

(1) *Echo médical du Nord*, 11 novembre 1900, p. 529.

(1) *Echo médical du Nord*, 1900, p. 445.

(2) *Archiv f. Chir.*, 1899, LVIII, p. 120.

suite d'occlusion intestinale par pénétration d'une anse dans la brèche mésentérique.

Donc chez nos cinq chiens, un certain temps (34 à 50 jours) après l'établissement de l'anastomose, nous avons sectionné transversalement l'iléon entre le cœcum et cette anastomose ; le côlon descendant a été de même coupé en amont de celle-ci ; puis les quatre lumières intestinales ont été fermées séparément par deux plans de suture.

La portion d'intestin exclue comprenait avec une minime portion d'iléon, le cœcum, les côlons ascendant, transverse et descendant, c'est-à-dire la majeure partie du gros intestin :

Aucun lavage de l'anse exclue n'a été pratiqué; les matières plus ou moins abondantes que contenait celle-ci y ont été laissées enfermées. Nous n'avons enlevé que les matières qui se présentaient au niveau de la section de l'intestin.

Une parcelle de matière intestinale recueillie au niveau du côlon descendant, était ensemencée dans du bouillon peptonisé. Après un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve à 38°, des quantités variables de ce bouillon étaient injectées dans le péritoine de cobayes.

Chez les chiens qui sont morts, le même prélèvement d'une parcelle du contenu de l'anse exclue a été fait dans la portion correspondant au côlon descendant et les cultures en bouillon ont été également injectées dans le péritoine de cobayes, dans le but d'étudier les modifications de la virulence du contenu intestinal sous l'influence de la fermeture totale de l'anse.

Voici maintenant le détail de ces expériences :

I. — Chien d'âge moyen, pesant 6.000 gr.
6 août 1900. — Anastomose entre l'iléon (à 4 cm. du cœcum) et la partie supérieure du rectum.
10 septembre. — Poids, 6.500 gr. Le chien est vif et très bien portant. Il a augmenté de poids : sa plaie abdominale est complètement cicatrisée.
Exclusion de la majeure partie du gros intestin. Cette portion exclue comprend 1 cm. d'iléon, le cœcum, les côlons ascendant, transverse et descendant ; elle contient peu de matières et est flasque. Par une petite incision faite au niveau de l'angle hépatique, on recueille du contenu intestinal pour l'ensemencement ; cette incision est ensuite suturée. Durée de l'opération : trois quarts d'heure.
L'ensemenceur qui a touché les matières fécales est simplement plongé dans les tubes de bouillon. Les cultures obtenues contiennent surtout du coli-bacille.

Injection dans le péritoine de cobayes.
1. Cobaye, 360 gr. 11 septembre, 5 heures du soir ; reçoit 2 cc. de cultures de vingt-quatre heures. Mort de péritonite dans la nuit du 11 au 12 septembre.
2. Cobaye, 455 gr., 11 septembre, 5 heures du soir ; reçoit 2 cc. de cultures de vingt-quatre heures. Mort de péritonite dans la nuit du 11 au 12.
Tous deux ont un épanchement louche abondant dans le péritoine et les plèvres ; anses intestinales injectées, gros intestin énormément ballonné ; congestion intense de la rate, du foie et des reins ; petits infarctus pulmonaires.
3. Cobaye, 385 gr., 12 septembre, 5 heures du soir ; reçoit 1 cc. de cultures de quarante-huit heures. Meurt le 13 septembre, à une heure du soir.
Mêmes lésions de péritonite; flocons fibrineux dans le liquide ; moins d'épanchement dans les plèvres.

Le chien est tenu à jeun pendant deux jours ; il est remis ensuite au régime ordinaire, pain, légumes cuits et débris de viande.
20 septembre. — Le poids de l'animal est tombé à 5.250 gr. Etat général assez bon.
1er octobre. — Poids, 5.200. — Le chien est gai et mange bien ; son état est maintenant excellent. Aucune douleur à la pression de l'abdomen, où la palpation ne dénote rien d'anormal.
11 octobre. — Poids, 4.700 gr.
20 octobre. — Poids, 5.000 gr.
31 octobre. — Poids, 5.000 gr.
10 novembre, — Poids, 5.100 gr.
30 novembre, poids, 4.600 gr. — A la palpation on ne sent aucune tuméfaction dans l'abdomen du chien dont l'état général est excellent, bien qu'il maigrisse depuis les premiers froids.

II. Chien d'âge moyen, pesant 7.000 gr.
8 août 1900. — Anastomose de l'iléon (à 6 centimètres du cœcum) avec la partie supérieure du rectum.
10 septembre. — Le chien se porte bien ; il est toujours très gros et pèse 6.600 gr.
13 septembre. — Exclusion de la majeure partie du gros intestin (5 centimètres d'iléon, cœcum et côlons). Cette portion contient seulement quelques matières fluides. Durée de l'opération : 40 minutes.

Injection, dans le péritoine de cobayes, de cultures de matières recueillies au niveau du côlon descendant.
Cobaye 465 gr., 14 septembre, 4 heures 1/4 du soir. reçoit 1 cc. de cultures. Il meurt dans la nuit du 29 au 30 septembre. Pas d'autopsie.

Le chien qui semblait bien portant succombe dans la nuit du 17 au 18 septembre (5e jour après l'exclusion).
Autopsie. Poids 6 070 gr. Epiploon très congestionné ; tout le bassin est rempli de matières intestinales qui ont fait irruption par l'extrémité distale de l'iléon dont les sutures se sont désunies. Péritonite par perforation.
L'anse exclue comprend : iléon 5 centimètres, gros intestin, 19 centimètres. Elle renferme environ 10 cc. d'une bouillie grisâtre, mucoïde, d'odeur fétide. Les deux extrémités suturées sont bien étanches. Aucune

lésion de la muqueuse, aucune adhérence de la face séreuse aux anses voisines.

Le contenu du péritoine est cultivé pendant 24 heures en bouillon.

Cobaye 360 gr., reçoit le 19 septembre, à 5 h. 1/2 du soir, 1 cc. de cette culture; il meurt dans la nuit du 19 au 20 septembre. — Exsudat péritonéal assez abondant, fortement purulent ; un peu d'épanchement pleural ; gros intestin très ballonné.

Le contenu de l'anse exclue, recueilli au niveau du côlon descendant, est cultivé également pendant 24 heures.

1. Cobaye, 570 gr., 19 septembre, 5 h. 1/2 du soir, reçoit dans le péritoine 1 cc. de cette culture. Il meurt dans la nuit du 19 au 20 septembre. Epanchement péritonéal d'abondance moyenne, surtout teinté de sang. Peu de liquide pleural ; gros intestin très ballonné.

2. Cobaye 440 gr., 19 septembre, 5 h. 1/2 du soir, reçoit 1 cc. 1/2 de la même culture. Mort dans la nuit du 19 au 20 septembre.

Epanchement péritonéal abondant et franchement purulent, gros intestin moyennement dilaté. Liquide pleural purulent abondant.

III. Chien jeune. Poids 4.000 gr.

21 août 1900. Anastomose de l'iléon (à 5 cm. du cœcum) avec la portion supérieure du rectum.

10 septembre. — Poids 3.800 gr.

20 septembre. — Poids 4 700 gr.

1er octobre. — Poids 5.000 gr. Etat excellent.

10 octobre. — Poids 4.800 gr. Laparotomie. Il y a de nombreuses adhérences entre l'intestin et la paroi. Exclusion du gros intestin.

Injection à des cobayes de cultures de 24 heures de matières recueillies au niveau du côlon descendant.

1. Cobaye 530 gr., 11 octobre, 5 heures du soir. Injection intra-péritonéale de 1 cc. Le cobaye meurt de péritonite dans la nuit du 11 au 12.

2. Cobaye 565 gr., 11 octobre, 5 heures du soir. Injection de 1 cc. Ce cobaye résiste et est encore vivant et bien portant le 30 novembre.

Le chien meurt dans la nuit du 14 au 15 octobre (5e jour). Autopsie le 15 octobre. De chaque côté du rectum, de vastes collections purulentes. Les sutures tiennent bien partout. L'anse exclue comprend : iléon 2 cm., gros intestin 13 cm. ; elle est remplie d'une bouillie fécaloïde de couleur jaune pâle ; elle n'adhère pas aux anses voisines sauf aux deux extrémités suturées. Nombreuses adhérences entre les anses grêles et l'épiploon.

Des cultures du contenu de l'anse exclue sont injectées dans le péritoine de cobayes.

1. Cobaye 590 gr., 16 octobre, 5 heures du soir, reçoit 1 cc. de culture de 24 heures. Il meurt le 22 novembre (37e jour). Pas d'adhérences ni de traces de péritonite ; coccidiose hépatique.

2. Cobaye 650 gr., 16 octobre, 5 heures du soir, reçoit 1/2 cc. de cultures. Ce cobaye résiste et vit encore le 30 novembre.

IV. Jeune chienne, poids 3455 gr.

22 août 1900, Anastomose de l'iléon (à 4 cm. du cœcum) avec la portion supérieure du rectum.

10 septembre, poids 2.500 gr. Etat satisfaisant.

20 septembre, poids 3.315 gr.

1 octobre, poids 3310 gr.

2 octobre, Exclusion de la majeure partie du gros intestin. Celui-ci est flasque, sauf au niveau du côlon descendant, où il contient des matières de consistance ferme.

Injections intra-péritonéales de cultures de 24 heures de contenu du côlon descendant.

1. Cobaye, 483 gr., 3 octobre, 4 h. 1/2 du soir, reçoit 1 cc. 1/2 de cultures. Le cobaye résiste et paraît en bonne santé ; il meurt le 14 octobre, à 10 h. 1/2 du matin. Il ne pèse plus que 330 gr. ; à l'autopsie, on ne constate aucune trace de péritonite récente ou ancienne.

2. Cobaye, 530 gr., 3 octobre, 4 h. 1/2 du soir, reçoit 1 cc. de cultures. Il meurt le 4 octobre, à 3 h. du soir (23e heure).

A l'autopsie, épanchement purulent abondant dans le péritoine. Gros intestin extrêmement dilaté par les gaz. Foie et reins congestionnés. Léger épanchement pleural.

Après l'opération, l'état de la chienne ne se relève pas et l'animal succombe dans la nuit du 7 au 8 octobre (6me jour).

Autopsie. Poids 2 690 gr. Toutes les sutures ont bien tenu. L'anse exclue est longue de 12 cm., sa muqueuse ne porte pas de lésions visibles à l'œil nu, elle contient surtout du muco-pus. Par sa face séreuse, elle adhère assez fortement aux anses voisines. Dans le péritoine, environ 150 gr. d'exsudat purulent ; pas de matières fécales épanchées.

L'examen microscopique du contenu de l'anse a montré du mucus très abondant, parsemé de globules de pus, et renfermant du coli-bacille et d'autres microbes indéterminés. Ce contenu cultivé en bouillon est injecté à des cobayes.

1. Cobaye, 430 gr. ; reçoit le 9 octobre, à cinq heures du soir, dans son péritoine, 1 cc. de cultures de vingt-quatre heures. Il meurt dans la nuit du 9 au 10 octobre.

Pas de liquide dans le péritoine, ni dans la plèvre ; léger ballonnement du gros intestin, congestion du foie et des reins ; infarctus pulmonaires.

2. Cobaye, 565 gr. ; reçoit le 9 octobre, à cinq heures du soir, 1 cc. de la même culture ; il meurt dans la nuit du 9 au 10 octobre.

Ballonnement considérable du gros intestin, foie et rein congestionnés, un peu de liquide dans le péritoine, infarctus pulmonaires.

V. — Chien pesant 5.000 gr.

31 août 1900. — Anastomose de l'iléon à la partie supérieure du rectum.

10 septembre. — 5.000 gr. État satisfaisant.

20 septembre. — 5.250 gr.

1er octobre. — 5.300 gr.

4 octobre. — Exclusion de la majeure partie du gros

intestin, avec 2 cm. d'iléon. Durée de l'opération : trente minutes.

L'anse d'iléon située entre le cœcum et l'anastomose est vide ; mais il y a des matières dures dans le côlon descendant et dans la portion afférente à l'anastomose. Des cultures du contenu du côlon descendant, cultivées pendant vingt-quatre heures en bouillon, sont injectées dans le péritoine de cobayes.

1. Cobaye, 435 gr.; reçoit le 5 octobre, à cinq heures du soir, 1 cc. de culture. Il meurt dans la nuit du 5 au 6 octobre, probablement, d'après l'état du cadavre, dans la matinée du 6.

A l'autopsie : Sérosité claire assez abondante dans le péritoine, pas de liquide dans les plèvres ; quelques fausses membranes sur l'estomac ; intestin grêle un peu congestionné, gros intestin légèrement ballonné.

2. Cobaye, 335 gr. ; reçoit le même jour 1 cc. de la même culture; il meurt dans la nuit du 5 au 6 octobre. Un peu de liquide clair dans le péritoine ; rien dans la plèvre ; intestin grêle congestionné, énorme ballonnement du gros intestin.

11 octobre. — Poids 4.410 gr. Le chien est maigre et triste. Il meurt dans la nuit du 16 au 17 octobre (13e jour).

Autopsie le 17 octobre. Poids 3.985 gr. Nombreuses adhérences entre l'épiploon et les anses d'intestin ; celles-ci adhèrent intimement à toute la face antérieure de l'anse exclue ; de place en place, il existe des clapiers purulents au milieu de ces adhérences de l'anse exclue.

Celle-ci, longue de 15 cm. (y compris l'iléon), contient deux grosses masses fécales au niveau du côlon descendant ; en amont de ces masses, on trouve du muco-pus. Les sutures ont bien tenu partout et les matières n'ont pas passé dans le péritoine. Les ganglions du mésentère sont très volumineux et quelques-uns sont remplis de pus.

Des particules de la surface des masses dures qui occupent le côlon descendant sont recueillies et ensemencées.

1. Cobaye, 500 gr., reçoit le 18 octobre, 4 heures du soir, dans le péritoine, 1 cc. de cultures de 24 heures, du contenu de cette anse. Cet animal a résisté et vit encore actuellement (30 novembre 1900).

2. Cobaye 415 gr., reçoit le même jour 1/2 cc. de la même culture. Il meurt de péritonite le 19 octobre, entre midi et deux heures.

Pour récapituler, ces chiens ont subi l'exclusion de la majeure partie du gros intestin et d'un petit segment d'iléon, 34, 36, 41 et 50 jours après une iléorectostomie. De ces cinq chiens, le premier seul a survécu à l'opération et vit encore 81 jours après. Les quatre autres sont morts, deux le cinquième jour, un le sixième jour et le dernier le treizième jour.

Chez l'un (Exp. II) une suture de l'intestin a cédé et le chien est mort de péritonite le cinquième jour ; il est impossible de dire si cette désunion de la suture est cause de la péritonite ou consécutive à une péritonite préexistante qui l'aurait favorisée. On a pu en effet, chez ce chien, constater que la virulence des microbes de l'anse exclue s'était nettement exaltée.

Dans l'expérience III suivie de mort au cinquième jour, les adhérences intestinales ont rendu l'opération longue et pénible, et la péritonite est peut-être d'origine opératoire.

Dans l'expérience IV (mort le 6me jour) et surtout dans l'expérience V (mort le 13me jour) la cause de la péritonite semble bien résider dans l'anse exclue ; c'est en effet autour de celle-ci que le processus s'est localisé.

La longeur d'intestin exclu a varié de 12 à 24 centimètres. A l'œil nu, on n'a pas observé de lésions de sa muqueuse ; du côté de la séreuse on n'a observé que des adhérences ; en aucun point on n'a observé d'ulcérations ni de pertes de substance. Le contenu de l'anse, d'abondance variable, formait dans les expériences II et III une bouillie jaune clair, fécaloïde et fétide : chez le chien n° V, en plus de deux scybales, on trouvait du muco-pus ; chez le chien n° IV il n'y avait que de ce muco-pus.

Chez tous les animaux le poids s'est abaissé immédiatement après l'opération, conséquence de la diète post-opératoire et du peu d'appétit dans les premiers jours. Chez le chien n° I qui a survécu, cette chute du poids a persisté pendant un mois ; depuis le chien revient lentement à son état primitif.

Nos recherches sur la variation de la virulence des microbes après leur incarcération en vase clos dans l'anse exclue, n'ont donné que des résultats bien incertains (imputables peut-être à la grande variabilité dans la susceptibilité des cobayes à l'égard du coli-bacille ?) C'est ainsi que dans l'expérience V, un cobaye de 415 grammes est tué en 20 heures par 1/2 cc. d'une culture, tandis qu'un cobaye de 500 grammes résiste parfaitement à 1 cc. de la même culture. Dans l'expérience IV, un cobaye de 530 gr. est tué en 21 heures par un 1 c.c. de culture ; un cobaye de 483 gr., qui a reçu 1 c.c. 1/2 de la même culture, meurt le 11me jour, et on ne trouve pas de traces de péritonite à son autopsie.

Chez certains chiens, la virulence semble s'être exaltée ; les cobayes inoculés par des cultures de matières pures avant l'exclusion ont survécu 16 jours (Exp. II), 11 jours et 21 heures (Exp. IV), tandis que

les quatre cobayes inoculés avec les cultures faites après l'exclusion sont tous morts dans les 12 heures.

Chez le chien n° III, au contraire, les cultures faites avant l'exclusion ont tué un cobaye sur deux; des deux cobayes inoculés avec les cultures après l'exclusion l'un a survécu 37 jours, l'autre vit encore au bout de 45 jours. De même chez le chien n° V les cultures faites avant l'exclusion tuèrent les deux cobayes en moins de 16 heures ; tandis que les cultures faites après l'exclusion n'ont tué qu'un cobaye sur deux.

EXPÉRIENCE	POIDS du Cobaye	QUANTITÉ de Cultures inject.	MATIÈRES RECUEILLIES	MORT par péritonite en	Autres résultats
N° I.	360 gr.	2 cc.	Avant l'exclusion	12 h. envir.	
	455 gr.	2 cc.	—	12 h. —	
	385 gr.	1 cc.	—	20 h.	
N° II.	465 gr.	1 cc.	—		M. le 16e j.
	570 gr.	1 cc.	Après l'exclusion	12 h. envir.	
	440 gr.	1 cc. 1/2	—	12 h. —	
N° III.	530 gr.	1 cc.	Avant l'exclusion	12 h —	
	565 gr.	1 cc.	—		Survie.
	590 gr.	1 cc.	Après l'exclusion		M. le 37e j.
	650 gr.	1/2 cc.	—		Survie.
N° IV.	483 gr.	1 cc. 1/2	Avant l'exclusion		M. le 11e j.
	530 gr.	1 cc.	—	23 h.	
	430 gr.	1 cc.	Après l'exclusion	12 h. envir.	
	565 gr.	1 cc.	—	12 h. —	
N° V.	435 gr.	1 cc.	Avant l'exclusion	12 h. —	
	335 gr.	1 cc.	—	12 h. —	
	500 gr.	1 cc.	Après l'exclusion		Survie.
	415 gr.	1/2 cc.	—	21 h.	

En dépit des résultats obtenus dans l'expérience V, il faut admettre cependant que la virulence des colibacilles a été exaltée, aussi bien que dans l'expérience IV, puisque nous avons constaté l'existence d'une péritonite sans perforation à point de départ autour de l'anse exclue.

Le fait saillant de nos expériences est donc celui-ci : l'anse exclue a joué un rôle capital dans la péritonite qui a emporté les chiens nos IV et V ; chez le premier, cette anse adhérait fortement aux anses voisines ; chez le second, il y avait au milieu de ces adhérences de petits clapiers purulents. L'examen microscopique de l'intestin exclu nous montrera sans doute une migration des microorganismes à travers les parois; en tous cas les causes de cette migration sont complexes et la virulence des microorganismes ne suffit pas à l'expliquer, puisque le chien n° I dont le coli-bacille était très virulent survit encore à l'opération d'exclusion.

Pour conclure nous ne pouvons que déclarer que dans les conditions expérimentales où nous nous sommes placés, l'exclusion avec fermeture totale de l'intestin est une opération des plus dangereuses, puisqu'elle a été fatale à quatre animaux sur cinq.

Fracture par cause directe des 2e, 3e et 4e métatarsiens. Cal vicieux, formant une saillie douloureuse à la plante du pied.

Par le Dr J. Vanverts,
Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris.

J..., 28 ans, typographe. De bonne santé antérieure. Le 25 mai 1900, se trouvant au 2e étage de son atelier, J... portait avec un camarade une forme d'imprimerie, pesant 80 kilogs. Il marchait à reculons et se dirigeait vers un ascenseur pour charger cette forme. Or, la cage de l'ascenseur se trouvait au 3e étage, contrairement à ce qu'il pensait. Il tomba donc de deux étages (hauteur 8m20) sur les deux pieds. La forme tomba heureusement à côté de lui.

J... ne put se relever. On le transporta chez lui, où il reçut les soins de deux médecins.

Je n'ai sur les suites de l'accident que des renseignements très sommaires, qui m'ont été donnés par le malade et par le certificat fourni par l'un des médecins. Ce certificat porte « fracture du calcanéum droit ». Il existait, d'après le malade, une plaie du talon droit, qui détermina une hémorrhagie abondante; on fit des manœuvres de réduction à deux reprises, puis on plaça un appareil en feutre maintenu par des bandes de toile. Le pied gauche ne présentait qu'une simple entorse.

La plaie ne se ferma qu'au bout d'un mois environ.

Au bout de deux mois, J... commença à poser le pied à terre. Dès ce moment, il constata une vive douleur, aussi bien dans la station debout que dans la marche. Les massages, exécutés régulièrement, n'amenèrent guère d'amélioration.

Quand je fus appelé à voir le malade pour la première fois (6 novembre 1900), je fis les constatations suivantes :

L'arrière-pied est épaissi dans tous ses diamètres ; la plante du pied est aplatie. La palpation de l'arrière-pied (région astragalo-calcanéenne) fait reconnaître un empâtement dur, existant aussi bien au niveau de la plante que des parties latérales du pied. Il semble que les os, et surtout le calcanéum, aient notablement augmenté dans les divers sens. La pression du calcanéum est douloureuse, celle de l'astragale l'est peu. L'articulation astragalo-calcanéenne est ankylosée, l'articulation tibio-tarsienne est saine.

Quand le malade appuie le pied sur le sol, la douleur siège un peu dans la région astragalo-calcanéenne, mais surtout au niveau de la région médio-tarsienne (où l'empâtement est cependant peu considérable) et au niveau du métatarse. Les mouvements étendus de l'articulation médio tarsienne sont douloureux.

Du côté du métatarse, on trouve, faisant une saillie, perceptible à la vue et très nette au toucher, au niveau de la plante du pied, une tuméfaction osseuse irrégulièrement arrondie, de 2 centimètres de largeur sur 2 1/2 centimètres de longueur, qui répond approximativement à la tête des 2e et 3e métatarsiens. La peau présente à ce niveau un durillon.

La radiographie du pied, dont M. le professeur Doumer a bien voulu se charger, nous a permis de compléter cette

observation et nous a montré que la fracture intéressait le 2e, 3e et 4e métatarsiens au niveau de leur extrémité antérieure.

C'est sur la tête et non à l'union de la tête et du corps de l'os que siègent les traits de fracture des 2e et 3e métatarsiens; c'est à l'union de la tête et du corps de l'os que siège celle du 4e métatarsien. Le trait de fracture est, pour



chacun de ces os, légèrement oblique en dehors et en arrière. Le fragment antérieur du 2e métatarsien est divisé en deux. Le déplacement en dehors du fragment antérieur est notable pour les 2e et 3e métatarsiens; il est beaucoup moins considérable pour le 4e.

Les phalanges correspondantes se sont naturellement portées en dehors.

Cette observation présente quelques points intéressants, que j'indiquerai rapidement.

Je ne fais que mentionner les lésions de l'arrière-pied, dont la nature exacte reste d'autant plus douteuse que la radiographie nous a montré un calcanéum absolument normal. Cependant l'os, nettement augmenté de volume, semble avoir subi un écrasement.

La fracture des métatarsiens présente plus d'intérêt : il s'agit, en somme, d'une fracture intéressant les 2e et 3e métatarsiens au niveau de la tête, le 4e à l'union de la tête et du corps. Ces fractures, dont le trait est légèrement oblique en dehors et en arrière, s'accompagnent d'un déplacement notable des fragments antérieurs en dehors. Il existe, en outre, un déplacement des fragments postérieurs en bas — fait que l'on observe rarement — et c'est cette déviation, jointe à la production d'un cal hypertrophique, qui a déterminé la saillie douloureuse que l'on constate à la plante du pied.

Un des points intéressants et difficiles à résoudre que soulève cette fracture consiste dans le mécanisme de sa production. Il s'agit, en effet, ici, d'une fracture *par cause directe* : les têtes des trois métatarsiens moyens sont venues frapper violemment le sol au moment de la chute et se sont brisées au niveau du point qui a subi le traumatisme. Notons, toutefois, que le siège de la fracture du 3e métatarsien est plutôt en faveur d'une lésion d'ordre indirect pour cet os.

Bien que cette localisation des lésions traumatiques aux métatarsiens moyens ait été notée dans un grand nombre de cas, et en particulier chez les soldats, elle n'en reste pas moins d'explication difficile. La pathogénie proposée récemment par DOUBRE (1) est, il est vrai, très plausible; mais elle ne s'adresse qu'aux fractures indirectes des soldats. Pour les fractures dues aux chutes sur les pieds, et surtout pour les fractures directes, on se trouve en présence de ce fait bizarre de lésions localisées à des métatarsiens, dont les têtes appuient moins sur le sol que celles des 1er et 5e métatarsiens, restées saines.

Illusions radiographiques (2)

Par M. le Professeur **Folet**

On se rappelle l'enthousiasme avec lequel fut accueillie par les chirurgiens la découverte des rayons X. Cette découverte a rendu en effet de grands services et dans la détermination des lésions osseuses et dans celle des corps étrangers métalliques introduits dans les tissus. Il faut seulement se mettre en garde contre des erreurs d'interprétation de la radiographie. Par exemple la radiographie nous a révélé que beaucoup de fractures que l'on croyait bien réduites (c'est-à-dire dont les fragments doivent être régulièrement coaptés), qui même *cliniquement* sont bien réduites, en ce sens qu'elles donnent une consolidation complète et un membre non difforme et utile, sont en réalité souvent imparfaitement coaptées, les surfaces de cassure n'étant pas tout-à-fait symétriquement juxtaposées. Mais il faut dire qu'assez fréquemment la radiographie exagère un peu le déplacement, hypertrophie par exemple la saillie d'un angle osseux qui déborde l'autre fragment. Et cela se conçoit : la radiographie ne donne pas l'*image*, comme la photographie, mais bien la *silhouette* d'un objet ; et l'on

(1) DOUBRE. Fracture ou ostéo-périostite des métatarsiens chez les soldats. *Bulletin médic.*, 1899, p. 10.

(2) Communication faite à la *Société Centrale de Médecine du Nord* (séance du 14 mai 1900).

comprend alors que la distance de l'objet à l'ampoule lumineuse d'une part, à la plaque sensible d'autre part, et surtout que l'obliquité suivant laquelle tombent sur le contour de l'objet les rayons tangentiels qui vont sur la plaque en dessiner la silhouette, que tout cela doive singulièrement amplifier ou déformer cette silhouette. Tout le monde a vu se projeter sur un mur l'ombre d'une tête, avec allongement bizarre ou raccourcissement excessif du nez ou du menton, selon l'obliquité de l'éclairage.

Mais il y a des illusions radiographiques plus singulières. Telle est celle que je mets sous les yeux de la Société, et qui fait qu'un corps étranger a d'abord été méconnu ; puis, une fois reconnu, a apparu dans une situation anatomique toute autre que celle qu'il occupait réellement. Voici les faits :

Le 24 janvier 1899, Arthur V..., jeune garçon de 14 ans, peigneur, vient se plaindre d'un morceau de « dent de carde (1) » qui lui serait entré perpendiculairement dans la plante du pied, au niveau de la partie moyenne du premier métatarsien. La peau présente une trace de la piqûre d'entrée remontant à la veille ; un peu de douleur à la pression et c'est tout. On radioscopie à plat, c'est-à-dire que, le malade assis et étendant le pied, on met l'ampoule sur le dos du pied et on regarde derrière l'écran de platinocyanure de baryum, appliqué sur la plante. On ne voit rien du tout et on est tenté de renvoyer le patient en lui disant que le corps étranger n'est probablement pas resté dans les tissus. Pourtant, comme il souffre et insiste, mon excellent ami le Professeur CASTIAUX, dont l'habileté en ces matières est connue de tous, le radiographie dans la même situation qu'on l'a radioscopé, les rayons passant à travers le pied posé à plat sur la plaque sensible. Sur le cliché on n'aperçoit d'abord rien. Pourtant, en le regardant attentivement, on découvre, comme vous le voyez sur cette épreuve que je vous présente, à la partie interne du métatarsien, un petit point noir, qui, examiné à la loupe, apparaît comme ovalaire ou elliptique. Serait-ce là la silhouette de la minuscule tige de fer, vue très en raccourci, presque exactement dans le sens de son axe ? On radiographie le pied de profil. Alors nouveau sujet d'étonnement ; voici cette seconde épreuve. Vous voyez une image de fine aiguille se dessiner nettement, mais *dans le troisième espace intermétatarsien*, bien loin du point où on la soupçonnait.

Cependant les douleurs augmentèrent rapidement chez le malade, au niveau de l'endroit ou avait eu lieu, disait-il, la pénétration. Un petit phlegmon se fit, puis un abcès par l'ouverture duquel s'élimina la dent de carde. Cet heureux abcès épargnait au malade une recherche opératoire vaine que l'on eût vraisemblablement tentée dans l'espace intermétatarsien, tant le corps étranger s'accusait précis en ce point sur la radiographie que je vous présente. Voici également le corps étranger éliminé.

Essayons de nous expliquer cette illusion d'interprétation : Regardez ce squelette de pied sur lequel j'ai fait un trou à la vrille dans la face inférieure du premier métatarsien ; j'y ai enfoncé une tige dont j'ai coloré en rouge l'extrémité, suivant la longueur de la dent de carde introduite. Cette portion rouge représente la situation et la dimension qu'occupait le corps étranger. Eh bien, si vous regardez le pied par sa face dorso-externe, selon une certaine obliquité, vous verrez la tige colorée en rouge apparaître et se dessiner à travers le troisième espace. C'est là que l'œil l'aperçoit, c'est là que la voyait l'ampoule de CROOKES et c'est en ce point qu'elle en fixait la silhouette sur la plaque sensible.

Il est très probable que, si une intervention opératoire eut dû être pratiquée, on eût, avant d'y procéder, fait faire une troisième radiographie sous un autre angle, le pied étant regardé par son bord interne et par sa face plantaire. Mais vous voyez que, dans cette position, le corps étranger eût pu, suivant une légère différence d'inclinaison, se profiler ou dans le troisième ou dans le quatrième espace intermétatarsien, ce qui n'eut guère été de nature à diminuer les hésitations.

Moralité : La radiographie est pour le chirurgien une précieuse collaboratrice, à la condition que, dans les cas difficiles, il prenne soin de faire faire de multiples épreuves sous des angles variés, épreuves qu'il comparera attentivement entre elles et dont il interprètera les révélations avec prudence et sagacité. Et, en dépit de ces deux vertus, il pourra parfaitement lui arriver de se mettre dedans.

(1) Une dent de carde est une sorte d'aiguille très fine, en métal.

Note sur un cas de circulaire du cordon ombilical

par le docteur **M. Oui**.

Les circulaires du cordon sont chose assez fréquente pour qu'il paraisse au premier abord superflu d'en publier un cas nouveau, alors que les accoucheurs songent tellement à la possibilité de cette disposition du cordon que, par un mouvement pour ainsi dire réflexe, ils explorent toujours le cou du fœtus immédiatement après l'issue de la tête pour s'assurer de l'absence ou de la présence d'un circulaire.

Aussi n'ai-je aujourd'hui que l'intention de signaler les circonstances dans lesquelles s'est produit le circulaire du cordon que j'ai récemment observé, circonstances qui m'ont paru présenter un certain intérêt.

Mme X... a déjà accouché quatre fois. Les trois premiers enfants sont nés spontanément par le sommet ; le quatrième est né en présentation du siège décompléte mode des fesses. Tous sont vivants et bien portants.

La cinquième grossesse s'est passée dans des conditions normales et le terme en est attendu pour les derniers jours de septembre ou les premiers jours d'octobre.

Pratiquant l'examen obstétrical le 18 septembre, je constate très nettement un fœtus assez volumineux, se présentant par le siège complet en SIDT. Ayant eu l'occasion de constater à un accouchement antérieur que les parois utérine et abdominale avaient laissé au fœtus une très grande mobilité et qu'il en était résulté de nombreuses mutations de présentations, j'attendis quelques jours, avant de pratiquer un nouvel examen.

Le 27 septembre, je constatais que la présentation

s'était maintenue sans changement. Je pratiquai alors la version par manœuvres externes et ramenai le fœtus en présentation du sommet en G T.

La tête resta ainsi quelques jours orientée au-dessus du détroit supérieur, ainsi que me le montra un nouvel examen pratiqué le 2 octobre.

Le 4 octobre, vers onze heures du soir, Mme X... ressentait les premières douleurs de l'accouchement. Je fus appelé un peu après minuit et, vers une heure du matin, je constatai que la tête commençait tout juste à s'engager, mais que son orientation avait changé et que l'occiput, primitivement dirigé à gauche, se trouvait dans la moitié droite du bassin. La position G T s'était transformée en D T. La dilatation était large comme une pièce de cinq francs. L'amnios était intact, mais non le chorion, car il s'était écoulé un peu de liquide et le doigt arrivait à percevoir les débris d'une poche amnio-choriale.

Le travail marcha régulièrement et rapidement. A deux heures du matin, la dilatation était complète ; mais la tête ne s'engageait pas complètement. Je rompis la poche amniotique, la tête s'engagea profondément à mesure que se produisait une légère hémorrhagie et à deux heures et demie, la tête fœtale était expulsée.

Je trouvai autour du cou un circulaire très serré qu'il me fut impossible de faire passer au dessus de la tête ou glisser sur les épaules et que je dus couper rapidement entre deux pinces pour pouvoir achever le dégagement du tronc. Garçon vivant pesant 3.800 gr. Délivrance naturelle.

Le seul point intéressant de cette observation celui que je veux mettre en lumière, c'est le mécanisme suivant lequel s'est produit ce circulaire du cordon.

Nous pouvons de prime-abord, affirmer que ce cas n'a rien de commun avec ceux de Siebold, d'Orven, de Trélat où des circulaires ont été constatés entourant des fœtus expulsés vers le quatrième mois de la grossesse.

Il est, en effet, absolument évident que le cordon n'entourait pas le cou du fœtus au moment où il se présentait par le siège. Un circulaire aussi serré aurait apporté un obstacle invincible à la pratique de la version par manœuvres externes ou provoqué, au cours de cette manœuvre, un décollement placentaire tel qu'en a décrit Lefour (de Bordeaux).

C'est donc dans les derniers jours de la grossesse ou au début de l'accouchement que s'est constitué le circulaire que nous avons trouvé.

Il semble également difficile d'admettre, dans ce cas, l'explication un peu fantaisiste de Schreiber, pour qui le cordon serait roulé sur le segment inférieur formant un cercle à travers lequel la tête du fœtus passerait au début de l'accouchement et qui se serrerait sur le cou.

Si on songe à la mutation de position qui s'est produite entre le 2 octobre et le 5 octobre, jour de l'accouchement, on ne peut guère admettre que le mécanisme suivant : 1° une anse de cordon passant sur une des épaules du fœtus et se trouvant en contact avec le cou à peu près sur la moitié de sa circonférence; 2° le fœtus se déplaçant en tournant sur son axe longitudinal a enroulé complètement ce cordon autour de son cou et le circulaire ainsi formé s'est naturellement serré sous l'influence de la descente de la tête.

C'est, d'ailleurs, l'un des mécanismes invoqués par Scanzoni pour expliquer la production de ces entortillements du cordon, et le cas que nous apportons aujourd'hui nous paraît être une confirmation sérieuse de cette partie de sa doctrine.

A propos d'un cas d'ulcération laryngée consécutive au tubage,

par M. le docteur E. Ausset, professeur agrégé, chargé de Cours à l'Université de Lille.

Au mois de mai 1899 et au mois d'avril 1900, j'ai rapporté à la *Société de Pédiâtrie de Paris*, un certain nombre d'observations tendant à prouver : 1° le rôle que produit le tube endo-laryngé dans l'apparition des ulcérations du larynx au cours des laryngites diphtériques et non diphtériques ; 2° le rôle important joué par ces ulcérations lors de la manifestation des phénomènes spasmodiques secondaires dans ces laryngites ; 3° la prédisposition des rachitiques et des adénoïdiens à ces sortes d'accidents. Je ne veux pas reproduire ici l'argumentation que je présentai au cours de la discussion à laquelle prirent part MM. Sevestre, Richardière et Variot, et je renvoie ceux que cela pourrait intéresser aux comptes-rendus de la *Société de Pédiâtrie* de cette époque. Mais je désire donner ici un cas tout à fait typique, dans lequel on ne pourra nier l'influence du tube pour la production de l'ulcération, et la relation étroite entre cette ulcération et les phénomènes spasmodiques qui se manifestent.

Marthe V... entre au pavillon de la diphtérie, le 9 octobre 1900.

Nourrie au biberon. Gastro-entérite aiguë à 5 mois. Mauvais état général ; signes évidents de rachitisme (tuméfactions épiphysaires, chapelet costal, gros ventre flasque, ne marche pas, ne parle pas encore).

En outre, cette enfant a des végétations adénoïdes et de grosses amygdales palatines. Elle a fréquemment de l'angine et de l'écoulement nasal (rhinite chronique).

Il y a déjà huit jours que l'enfant est malade ; les parents la croyaient atteinte d'une angine ordinaire comme elle en avait souvent. Mais, il y a deux jours, elle commence à respirer difficilement, et rapidement l'asphyxie devint imminente. C'est dans ces conditions qu'on nous conduisit cette petite malade.

A son entrée, nous constatons un mauvais état général, le teint est plombé, les traits tirés, les lèvres cyanosées. Le pouls est rapide, filiforme. Le nez est le siège d'un écoulement sanieux, déjà ancien, nous disent les parents, et qui a produit des lésions d'irritation sur la lèvre supérieure.

Les amygdales palatines, très hypertrophiées, sont recouvertes de fausses membranes. Toute l'arrière-gorge présente une rougeur diffuse très intense. Les ganglions sous-maxillaires sont très hypertrophiés. Toux fréquente et pénible. Tirage sus et sous-sternal très accentué.

La poitrine est remplie de gros râles ronflants et sibilants.

Les urines sont peu abondantes et contiennent des traces d'albumine.

Nous injectons immédiatement 10 centimètres cubes de sérum de Roux (l'enfant en avait reçu en ville 10 centimètres cubes, quelques heures auparavant). Révulsion sur le devant du cou avec des compresses trempées dans de l'eau très chaude, codéine, vaporisations d'eau boriquée, fumigations à l'eucalyptus et au benjoin, cataplasmes sinapisés dans le dos, huile mentholée dans les narines, lavages de la bouche à la liqueur de LABARRAQUE à 50 p. mille.

(Un ensemencement fait immédiatement nous donne, 15 heures après, de nombreuses colonies où nous retrouvons du Lœffler à formes longues. Des staphylocoques ont également poussé ultérieurement).

Sous l'influence du traitement, la gêne respiratoire s'amende, le tirage diminue, mais dans la soirée il réapparaît plus intense, l'asphyxie est menaçante, et à 7 heures du soir on doit pratiquer le tubage, avec un tube *long* de 2 ans, qui pénètre très aisément.

10 Octobre. — Nuit assez calme. L'état général reste mauvais. Injections de sérum artificiel ajoutées au traitement de la veille.

Température : matin 37° 6.
» soir 38° 3.

11 Octobre. — Les fausses membranes de la gorge commencent à se détacher ; celles du larynx également, car on entend très nettement le bruit de drapeau.

Température : matin 38° 2.
» soir 38° 4.

12 Octobre. — Vers midi, le tube est rejeté. *On remarque que ce tube est légèrement sulfuré à la partie inférieure.*

Au bout de 5 minutes, l'asphyxie redevient imminente, et il faut réintuber. On se sert alors du tube *court* de 2 ans.

La bronchite est toujours très intense. Il y a, en outre, une adénoïdite assez accentuée et l'enfant avale une assez grande quantité de pus descendant de son naso-pharynx, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par un examen un peu attentif.

Température : matin 38° 4.
» soir 38° 3.

13 Octobre. — Le tube est encore rejeté dans la matinée, et la réintubation redevient urgente presqu'aussitôt.

Je n'ai pas l'intention de donner tous les détails de l'observation qui n'ont rien à voir pour le sujet qui nous occupe. Je me contente de dire que tous les jours on usa de tous les moyens pour chercher à priver l'enfant de son tube, mais ce fut absolument inutile. Le plus long temps que l'enfant put rester détubé a été de 4 heures.

Enfin, le 18 octobre, dans la soirée, la malade succombe dans une syncope, pendant qu'on la changeait de lit. Elle avait, depuis la veille, une broncho-pneumonie droite. — Elle était restée tubée 9 jours, avec quelques rares intervalles pendant lesquels on avait pu la priver de son tube.

L'autopsie, pratiquée 36 heures après la mort, outre une broncho-pneumonie droite, et de la bronchite purulente double, nous montre du côté des premières voies respiratoires une assez grande ulcération, située à environ 4 centimètres au dessous de l'entrée du larynx, sur la face antérieure de la trachée. Or, le tube *long* de 2 ans, que nous avons employé, mesure 4 centimètres 1/2, et le tube *court* n'en mesure que 3. — Il est donc de toute évidence que l'ulcération produite juste au niveau de l'extrémité inférieure du tube, à l'entrée de la trachée, a été produite par le contact du tube long, et dès les premiers jours, puisque le tube long n'a été maintenu que deux jours et une nuit.

Cette observation appelle, nous semble-t-il, quelques considérations intéressantes.

Tout d'abord, il est évident qu'on aurait peut-être retiré ici un grand bénéfice en ne prolongeant pas le tubage, et en faisant la trachéotomie, dès qu'on s'était rendu compte de l'impossibilité de priver l'enfant du tube. Mais, hélas ! dans beaucoup de cas il faut compter, comme ici, avec la famille qui refuse l'opération.

Quoiqu'il en soit, il me paraît démontré par tous les cas que j'ai relatés dans les communications précitées et par celui que je viens de rapporter, qu'on ne doit jamais prolonger le tubage au-delà de quatre jours, et qu'il faut tenter de détuber l'enfant au bout de 48 heures.

Dans ma communication de mai 1899, à la *Société de Pédiâtrie*, j'ai relevé un certain nombre d'observations où la présence des végétations adénoïdes chez les enfants croupeux prédisposait à ces spasmes laryngés secondaires, liés souvent à des ulcérations de la muqueuse. Cela se conçoit au reste : les adénoïdiens, surtout ceux qui le sont au degré de notre petite malade, sont des enfants qui ont les premières voies respiratoires presque constamment enflammées, et dont la muqueuse laryngée s'œdématie avec la plus grande facilité. La fréquence de la laryngite striduleuse chez ces malades le démontre surabondamment. Or, on comprend aisément que le contact du tube est bien plus intime avec une muqueuse épaissie, boursouflée, œdématiée, et par suite, les nécroses partielles seront bien plus fréquentes au niveau des points où le tube est en contact plus intime avec cette muqueuse.

L'altération préalable de la muqueuse laryngée joue un rôle si important dans la production des ulcérations laryngées consécutives au tubage que certains auteurs y ont vu presque une contre indication à pratiquer cette opération dans les laryngites rubéoliques. On n'aura qu'à se reporter aux comptes-rendus de la *Société de Pédiâtrie* de mars et avril 1900, pour y lire une discussion très intéressante sur ce point et les arguments fournis pour ou contre, par MM. SEVESTRE, RICHARDIÈRE, VARIOT et par moi-même. J'estime qu'il serait irrationnel de proscrire ici le tubage d'une façon systématique. Il convient tout simplement dans ces laryngites rubéoliques de laisser le moins longtemps possible le tube en place.

On a pu remarquer que notre petite malade ne pouvait rester détubée, et que ce n'est que grâce à des artifices tels que des inhalations espacées de chloroforme que nous avons pu la maintenir ainsi au plus 4 heures. Il se produisait donc chez cette enfant un spasme des plus violents, car il ne peut s'agir d'encombrement laryngé, par des fausses membranes ; la diphtérie était guérie ; dès le quatrième jour du séjour à l'hôpital, il n'y avait plus de fausses membranes.

Par quoi était causé ce spasme ? Il s'agit ici d'un spasme

secondaire ; par suite, je ne puis le rapprocher des spasmes primitifs que l'on observe dans les cas où il existe une laryngite sous-glottique très intense, avec infiltration considérable de la muqueuse, ainsi que BOULAY, SOURDILLE et moi-même en avons rapporté des exemples.

On ne peut non plus rattacher ce spasme aux lésions pulmonaires que nous avons trouvées à l'autopsie. SEVESTRE a rapporté un cas où l'enfant présentait du tirage par le fait seul d'une bronchite purulente et d'une broncho-pneumonie. Chez notre malade la broncho-pneumonie se montra tout à fait à la fin, alors que le spasme existait depuis plusieurs jours.

On ne peut songer également à une compression des récurrents par des ganglions bronchiques hypertrophiés (MESLAY, CHARMEIL). L'autopsie nous a montré qu'il n'y avait rien de semblable.

Il est donc incontestable que nous avons eu affaire ici à un spasme lié intimement à l'ulcération de la muqueuse.

Il est assez rare de ne rencontrer, comme chez notre malade, qu'une seule ulcération siégeant au niveau de la trachée. Cette ulcération est assez fréquente, mais elle coïncide généralement avec des ulcérations de la région sous-glottique. Ce cas est le quatrième où je rencontre l'ulcération trachéale isolée.

Le spasme qui se produit ici est tout à fait analogue à celui qui se montre au niveau du col de la vessie ou du sphincter anal quand il existe des lésions inflammatoires ou érosives de ces régions.

La conclusion pratique qui se dégage de ce cas c'est que lorsqu'on a affaire à des laryngites rubéoliques, ou à des laryngites diphtériques chez des adénoïdiens, c'est-à-dire chez des enfants ayant déjà primitivement une muqueuse laryngée chroniquement malade, on ne doit laisser le tube en place que le minimum de temps absolument nécessaire et si l'on voit que l'enfant devient tubard il faut user de toute son influence auprès de la famille pour qu'elle autorise la trachéotomie en s'efforçant de bien montrer les conséquences des plus graves qui peuvent résulter d'un tubage prolongé.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le samedi 1er décembre, — trop tard pour que nous en rendions compte dans le numéro de l'*Echo médical du Nord* du dimanche 2 décembre, — a eu lieu le banquet offert au doyen de la Faculté de médecine, notre collègue DE LAPERSONNE, en l'honneur de sa nomination dans la Légion d'Honneur.

Les organisateurs du banquet pouvaient craindre que l'enthousiasme ne fût un peu tombé de fêter le 1er décembre un chevalier du 14 juillet. Les vacances avaient cependant passé sans amoindrir l'impression de vive satisfaction qui s'était manifestée dans le milieu médical lorsqu'avait paru cette nomination si attendue. Les souscripteurs au banquet étaient en effet nombreux : 97, dont 35 étudiants en médecine et en pharmacie, avaient tenu à témoigner par leur adhésion que le ruban rouge était bien à sa place sur la poitrine du doyen de la Faculté de médecine. La fête, imaginée en l'honneur du nouveau chevalier, prenait, de ce fait, les proportions d'une imposante manifestation de sympathie, de la part de tous, collègues, amis et élèves.

Au reste, la sympathie commune qui allait au héros de la fête entraînait une sorte de camaraderie générale, qui fut la caractéristique de la soirée, dont nous avons été les heureux observateurs ; et nous nous sommes pris à regretter que les occasions ne se présentent pas plus souvent d'une pénétration intime des éléments arrivés et des jeunes.

Le repas fut servi avec la correction habituelle par l'hôtel Delannoy; avec la première flûte de Champagne commencèrent les toasts ; ils furent au nombre de 14, tous très goûtés et très applaudis ; nous en publions quelques-uns ci-après. M. le Président du banquet, le professeur FOLET, parla au nom de la Faculté de médecine ; M. le Recteur MARGOTTET, au nom de l'Université ; M. CARLIER, au nom des agrégés ; M. le docteur MOULONGUET, au nom de l'école de médecine d'Amiens, le docteur PAINBLAN, au nom des élèves de la clinique ophtalmologique ; M. JOUVENEL, au nom des étudiants en médecine ; M. LAMBERT, au nom des étudiants en pharmacie ; M. VERAES, au nom des étudiants étrangers ; M. le professeur COMBEMALE, au nom des rédacteurs et lecteurs de l'*Echo médical du Nord ;* M. le docteur LOOTEN, au nom de la Société centrale de médecine du Nord ; M. le professeur CALMETTE, au nom des légionnaires présents, le professeur agrégé BÉDART, au nom des Toulousains ; le docteur HÉRIN, au nom des mauvais élèves de la Faculté. Ces deux derniers toasts eurent le plus grand succès. Nous regrettons vivement de n'avoir pu nous procurer le dernier, très humoristique et très spontané.

Toast de M. le professeur Folet.

MESSIEURS,

Je dois à mon rang d'ancienneté dans la Faculté l'honneur de présider ce banquet et le plaisir de me lever le premier pour féliciter notre Doyen de sa nomination dans la Légion d'honneur. Le privilège de l'ancienneté, généralement assez fâcheux, me réserve donc ce soir une tâche agréable et facile à remplir.

La Faculté de médecine de Lille, mon cher Doyen, — au nom de laquelle je parle en ce moment, et dont presque tous les membres ont tenu à adhérer au témoignage de sympathie que nous vous offrons, — la Faculté de médecine vous voit à l'œuvre et vous apprécie. Elle vous apprécie comme professeur et cote très haut la valeur, la solidité, l'élégance de votre enseignement de clinique ophtalmologique. Elle vous apprécie comme Doyen ; comme un Doyen sachant unir à une fermeté persévérante et calme un caractère conciliant, aimable et cordial. Sous votre consulat des dissensions intestines se sont assoupies ou éteintes

et ont fait place à une ère d'apaisement, si bien que le troisième renouvellement de vos pouvoirs s'est accompli sans concurrence et à la quasi unanimité.

Nous avons donc été tous très heureux, — et moi plus que tous autres, vous le savez, mon cher Doyen, — de voir une haute distinction honorifique récompenser vos mérites comme professeur et votre habile administration décanale. Et je suis l'interprète de tous en levant mon verre en l'honneur et à la santé de M. le doyen DE LAPERSONNE, chevalier de la Légion d'honneur.

Toast de M. le professeur agrégé Carlier.

MONSIEUR LE DOYEN,

La Société des agrégés en médecine et en pharmacie de Lille a tenu à s'associer au concert de félicitations auquel vous assistez en ce moment. Elle a délégué son président pour vous exprimer très discrètement, tout haut, ce que chacun de ses membres pense tout bas.

Être président de la Société des agrégés, cela veut dire, vous le savez, qu'on est ordinairement le plus ancien des agrégés en exercice, et que le moment est plus ou moins proche, où cet agrégé président sera, non pas mis à la retraite, la retraite n'arrive guère pour les agrégés, mais qu'il sera devenu libre, liberté qu'il n'ambitionne ordinairement pas. Ce titre de président de la Société des agrégés n'a donc rien d'enviable, mais comme compensation il me vaut ce soir le très vif plaisir de pouvoir vous dire tout le bien que mes collègues et moi pensons de notre doyen.

Nous avons tous applaudi, monsieur le doyen, à votre nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur. Vous avez, en effet, toujours défendu nos intérêts et nos droits, et si tous les agrégés ne peuvent être satisfaits, car un agrégé n'est satisfait que le jour où il devient titulaire, vous n'avez au moins jamais fait de mécontents.

Il me serait bien facile, si je ne désirais être bref, de faire ici l'énumération des nombreux services que vous nous avez rendus; votre sollicitude pour nous ne s'est jamais démentie un seul instant et chacun de nous est votre obligé.

Tout d'abord professeur agrégé, puis professeur titulaire et enfin professeur Doyen, vous n'avez pas oublié, malgré le chemin si vite parcouru, la première étape qui devait vous conduire plus tard au décanat. C'est de ce souvenir, persistant chez vous, dont les agrégés vous sont reconnaissants et c'est pourquoi, après vous avoir présenté leurs félicitations les plus cordiales, je vous renouvelle, Monsieur le Doyen, l'expression de leur très vive sympathie et de leur entier dévouement.

Toast de M. le docteur Moulonguet, directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens.

MONSIEUR LE DOYEN,

Je viens de loin. J'arrive d'Amiens pour fêter avec vos amis votre nomination dans l'Ordre de la Légion d'Honneur.

J'ai voulu, comme directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie d'Amiens, porter à cette occasion, et sur votre nom, à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille, les hommages de sa voisine qui est hiérarchiquement sa vassale.

Permettez en outre, et puisque nos aînés ne l'ont pas fait, à votre jeune collègue de vous offrir les félicitations de l'Association des anciens internes des hôpitaux de Paris. Tous sont heureux de la distinction accordée à l'excellent et sympathique camarade DE LAPERSONNE.

Messieurs, je bois à sa santé.

Toast de M. le docteur Painblan.

MON CHER MAITRE,

Désigné, de par les fonctions que je remplis auprès de vous, pour prendre la parole au nom de vos anciens élèves, je suis heureux de vous adresser en leur nom et au nom des externes du service, nos cordiales et respectueuses félicitations.

Vous avez pu voir que beaucoup de ceux dont vous avez guidé les études et dont vous avez dirigé les travaux, sont venus aujourd'hui assister à cette fête. Plusieurs d'entre eux n'ont pas reculé devant les embarras d'un déplacement parfois pénible, pour venir vous apporter aujourd'hui le témoignage de leur sympathie. Ils se sont rappelé les excellentes leçons que vous leur avez faites et les conseils pratiques que vous leur avez donnés. Et ce n'est pas seulement le souvenir de vos leçons magistrales qui les a amenés ici aujourd'hui. c'est aussi le souvenir des conseils de tous les instants, de l'amabilité que vous leur avez témoignée et des nombreux services que vous leur avez rendus et comme professeur et comme doyen.

Leur présence ici est la meilleure preuve de la reconnaissance qu'ils vous en ont.

Mon cher Maître, vos anciens élèves, votre service de Saint-Sauveur applaudissent de tout cœur à la distinction si méritée qui vient de vous être accordée et ils lèvent leur verre en votre honneur.

Toast de M. le professeur Combemale.

Monsieur le DOYEN,

Nos collègues, vos élèves, vos amis, viennent de vous dire leur satisfaction de vous savoir enfin à l'honneur après avoir été si souvent à la peine.

Au nom de nos collaborateurs de l'*Echo médical du Nord* et de ses lecteurs, je m'associe de tout cœur aux félicitations qu'ils vous ont apportées. Il est en effet un point, par où aussi se dépense votre activité bienfaisante qu'il m'appartient d'indiquer et de vous imputer à gloire : je veux parler de votre collaboration à ce journal médical.

Je n'énumererai pas certes les articles que depuis sa fondation vous avez donnés à notre *Echo médical du Nord*. Mais la phalange de ses lecteurs vous dit par ma bouche qu'elle aime pour son grand profit à retrouver sous votre signature, en enlevant la bande du journal, de ces leçons cliniques qui sont la suite naturelle de celles, si pratiques, que vous leur professez sur l'oculistique. J'ajouterai que certains de vos collègues, — et je suis de ceux-là — aiment aussi à vous lire, à raison des idées neuves et originales que vous réservez, sans regret aucun, pour l'*Echo médical du Nord*.

Permettez-moi de vous féliciter de la bonne opinion, que ce faisant, vous contribuez à donner de la presse médicale de province. Il ne suffit plus aujourd'hui, en effet, de prétendre vulgariser des résultats déjà connus ou des procédés tombés dans le domaine public. Aujourd'hui, le praticien, jeune ou vieux, qui, pour percer ou pour se maintenir, lit, réfléchit, compare et n'accepte pas d'opinions toutes faites, demande quelque chose de plus. Ce surplus, ce sont les travaux originaux. Or, avec d'autres collaborateurs, vous en apportez votre grande part à l'*Echo médical du Nord*, qui vise ce but d'être de son temps et d'être « lui-même », comme d'autres journaux en province le sont déjà.

Oui, Monsieur le doyen, malgré vos occupations et vos préoccupations, parfois douloureuses, vous nous donnez cet exemple. Les collaborateurs habituels du journal et ses lecteurs vous en remercient et s'associent aux félicitations que vous valent la distinction si méritée que nous fêtons ce soir.

Messieurs, je propose de lever à nouveau notre verre en l'honneur du doyen de notre Faculté de médecine de Lille.

Toast de M. le docteur Looten.

MESSIEURS,

C'est au nom de la Société centrale de Médecine, dont j'ai l'honneur d'être cette année le Président, que je bois à la santé de Monsieur le professeur DE LAPERSONNE. Celui que nous fêtons aujourd'hui nous appartient depuis 1887, c'est-à-dire depuis treize ans.

Secrétaire des séances, il remplit sa tâche ingrate d'une manière parfaite, et, rentré dans le rang, ne cessa de contribuer, par son assiduité à nos séances, par ses nombreuses communications, pleines d'intérêt, à contribuer au bon renom scientifique de notre Société.

Ce n'est ni le lieu ni le moment de les récapituler, mais personne ne fut surpris de le voir, à l'unanimité des suffrages de ses confrères, nommé Président en 1892, cinq ans à peine après son arrivée parmi nous.

La distinction si méritée dont il est aujourd'hui l'objet honore la Société autant qu'elle l'honore lui-même; et c'est de tout cœur que je lève mon verre en l'honneur du sympathique et distingué doyen de la Faculté de Médecine, de l'ancien Président de la Société de Médecine.

Toast de M. le professeur agrégé Bédart.

MOUSSU LE DOUYEN,

Benetz (1) de rècèbré les coumpliments, las félicitacìouns des coullégos, des médécis del Nord. Moussu FOLET a pla (2) parlat, Moussu le Recteur a pla parlat, Moussu COMBEMALE a pla parlat, Moussu CALMETTE a pla parlat, mais que Moussu CARLIER a bien parlat! Toutis an pla parlat! Mais boudion! les coullégos del mietchoun (3) ayciou (4) présents soun pas restats muds coumo des carpos.

Après lès bellis discours des coullégos de Lillo, es uno obligacìoun douço per you (5), Toulousain de cor, dé bous pourtat lé soubvénir des amits de là-bas, que soun fiers d'aquel ruban rougé, qué brillo à bostro boutonnièro.

Aquos és : BOURGEAT, lé çousin aimablé entrè toutis, GALINIER, l'architecto artisto, LABEDA un artisto tabes (6), ANDRÉ lé bourrut bienfésant, SAINT ANGE lé « penserioso », et tant d'aoutrés may coumplàsents les ûns que les aoutrès.

Moun coullégo VERDUN é you (5), unissen nostris souhaits ay lours (7), car aben trouvat alprès (8) de bous, moun cher Douyen, dins bostro amabilitad é bostro courtoisìo, coumo un réflet del soulel del pays. Laissats nous bouy diré qué, sé ein estadis mens (9) chagrinats d'abandouna Toulouso (qué fousquet (10) un moument nostro citat d'adoupcìou), es qué haben encountrat ché bous, un paou de las bounos amistats qué laissabon là-bas.

Bouldron (13) abé la bouts (11) d'un tenor coumo CAPOUL, per bouy fa entendre qualques poulits (12) refrains dé bostré pays natal. Mais! hélas! Toutis lés ténors soun restats à Toulouso!

En terminan boli vous rappela soulemente las paroles de nostro poulit cant Toulousain.

O moun pays, O Toulouso, O Toulouso!
Aymi tes flours, toun cel, toun soulel d'or,
Alprès (8) de tu, l'àmo se sent hurouso
Et tout aycìou (4) me réjouis le cor.

Et bous, Moussus lès Convivos, qué comprendetz, o qué comprendetz pas le lengo gascouno, leva, leva lé veyre, è toutis cridat Vivat le Douyen!

(1) Vous venez; (2) bien; (3) midi; (4) ici; (5) moi; (6) aussi; (7) aux leurs; (8) auprès; (9) moins; (10) fut; (11) voix; (12) jolis; (13) nous voudrions.

A tous ces toasts, colorés et sincères, M. DE LAPERSONNE a répondu avec émotion combien il était touché des manifestations de ce soir et quelle joie il éprouvait à voir réunis autour de lui, dans un même sentiment de cordiale sympathie, collègues, confrères et étudiants. Il a adressé à tous ses remerciements en quelques paroles toutes vibrantes d'émotion contenue, qui ont été énergiquement applaudies.

Le banquet terminé, la soirée s'est achevée dans les salons Delannoy, où les étudiants présents, par leurs chœurs et leurs chants, ont entretenu la gaieté qui avait présidé à la fête.

Les organisateurs, et surtout le docteur PAINBLAN, qui fut la cheville ouvrière de la fête, doivent être remerciés d'avoir préparé et mené aussi cordialement à bien cette amicale réunion.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. C. LESNE, interne des hôpitaux, lauréat (bis) de la Faculté, de Solesmes (Nord), a soutenu avec succès, le 7 décembre 1900, sa thèse de doctorat (6me série, n° 22) intitulée **Contribution à l'étude des kystes tubo-ovariens.**

M. E. P. EVESQUE, pharmacien-major de l'armée, chevalier de la Légion d'honneur, d'Arras Pas-de-Calais, a soutenu avec succès, le jeudi 6 décembre 1900, sa thèse pour le doctorat de l'Université de Lille (mention pharmacie) (série 1, n° 1), intitulée **Etude sur les vins d'Algérie.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Grenoble. — M. le docteur FLANDRIN, est chargé d'un cours de clinique obstétricale pendant l'année 1901.

Marseille. — M. le docteur BOINET, professeur de pathologie médicale et générale est autorisé à faire, au lieu et place de son enseignement, pendant la présente année scolaire, un cours de clinique des maladies exotiques.

Tours. — M. JAVILLIER, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie et de chimie.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PAWLOWSKI, du Creusot (Saône-et-Loire); BERGERET, trésorier des Invalides de la marine, à Paris; HUGARD, de Salmaise; LAVIROTTE, de Lyon (Rhône); JUSTINESY, de Marignage (Bouches-du-Rhône); BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

M. le docteur MAUVIEZ, ancien maire de Wazemmes, décédé à Mons-en-Barœul, dans sa 88e année. Nous prions la famille de ce vénéré confrère, d'agréer l'expression de nos bien sincères condoléances.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant, Th. CLERQUIN.

N° 205. Quatrième Année. N° 50. Le Numéro : **10** centimes. 16 Décembre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

QUESTIONS DE CHIRURGIE INDUSTRIELLE

S'il est une question d'actualité brûlante pour le praticien, à l'ordre du jour pour plusieurs années encore, c'est bien celle que soulève l'application de date récente de la loi sur les accidents du travail. Déjà le *Bulletin médical* (de Paris) et la *Loire médicale* ont dit leur mot sur ce sujet. Les opinions énoncées par notre confrère le docteur BUTRUILLE (de Roubaix) dans le travail ci-après, qu'il a bien voulu confier à l'*Echo médical du Nord*, nous ont suggéré l'idée de demander à un juriste, M. JACQUEY, professeur à la faculté de droit de Lille, de nous montrer un autre côté de cette question, d'importance et d'intérêt si grands pour le corps médical. Nous remercions nos deux collaborateurs, nos lecteurs les remercieront avec nous d'avoir apporté une aussi personnelle contribution au sujet.

La Rédaction de l'*Echo médical du Nord*.

La hernie est-elle un accident ?

Par le docteur **Butruille,** chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Roubaix

I. Quelques réflexions médicales relatives à la loi sur les accidents du travail

Entre autres défectuosités de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, qui a donné lieu à tant de critiques, les unes fondées, les autres peut-être intéressées, entre autres imperfections, si l'on aime mieux, je signale celle-ci : *Cette loi ne donne même pas la définition de l'accident*.

Une circulaire ministérielle a peut-être, je le veux bien, comblé cette lacune, mais une autre circulaire peut remplacer et détruire la premiere, les ministres marquant souvent leur passage éphémère par des décisions qui annulent celles de leurs prédécesseurs : je n'insiste pas sur ce point.

Donc, l'accident n'est pas défini dans la loi : et qu'on ne s'imagine pas qu'il s'agisse là d'une simple question de forme, il s'agit au contraire d'une question de pratique sur laquelle il est très important de s'entendre et que tous, patrons, ouvriers et médecins ont intérêt à résoudre.

Pour tout médecin qui a vécu dans le monde du travail, pour celui surtout qui, appelé à soigner des blessés et à expertiser leurs blessures, s'est trouvé aux prises avec certaines difficultés que nous exposerons plus loin, il est incontestable qu'il existe, en fait d'accidents de travail, tantôt des *cas douteux* où il est impossible de décider s'il y a ou non blessure (lumbago, tour de reins), tantôt des *cas non douteux* pour le médecin, où, de bonne foi, l'ouvrier se prétend victime d'un accident (efforts, ganglions enflammés), tantôt enfin des *cas controversés* d'où il est difficile, à moins de se mettre une bonne fois d'accord, de faire sortir la vérité, seul but de nos recherches.

Fixons ces idées par quelques exemples.

Il n'est pas toujours facile de décider si un lumbago est rhumatismal ou s'il constitue un véritable tour de reins (rupture musculaire ou entorse vertébrale ?) ; les *efforts* sont la plupart du temps des maladies qui débutent brusquement pendant le travail. Parmi les cas controversés je citerai les hernies dont je vais m'occuper plus loin... Les coliques de plomb et les intoxications professionnelles qui donnent lieu à des douleurs subites sont souvent à tort

considérées par les ouvriers comme des accidents. Les durillons forcés, affections professionnelles mais non accidentelles, viennent même d'être élevés au rang des accidents par un juge de paix sans doute plus philanthrope que médecin.

De là la nécessité d'une bonne définition.

Il y a bien encore des considérations à faire au sujet de cette loi du 9 avril 1898 : n'y a-t-il pas lieu dans l'expertise d'un accident de tenir compte de l'âge des ouvriers blessés qui crée des conditions défavorables à l'évolution des plaies et à la consolidation des fractures, ou qui compromet la santé générale par la situation horizontale qu'on doit quelquefois donner aux blessés (pneumonie des vieillards atteints de fracture du col fémoral).

Ne faut-il pas tenir compte des accidents ou maladies antérieures, des tares anciennes de la cornée par exemple, s'il s'agit d'une plaie de l'œil ? du diabète et de l'albuminurie (VERNEUIL) ? Ne voyons-nous pas tous les jours des blessures insignifiantes amener des accidents mortels chez les alcooliques ?

J'aurai terminé ce premier paragraphe quand j'aurai donné la définition de l'accident.

Voici celle que je propose :

Les accidents du travail industriel sont constitués par les blessures qui proviennent d'une cause *violente, extérieure, involontaire* et *instantanée* et ayant pour cause l'exercice du travail.

Voyons maintenant si cette définition s'applique à la hernie.

II. — La hernie est-elle un accident ?

Pour répondre convenablement à cette question, il faudrait traiter complètement l'étiologie des hernies : je me contenterai d'énumérer les têtes de chapitres.

Définition. — La hernie est l'issue, à travers un orifice naturel ou accidentel, d'une partie du contenu de la cavité abdominale (intestin, épiploon, vessie même, etc.).

Nous ne nous occuperons dans ces quelques pages que des hernies ordinaires classiques, c'est-à-dire de celles où les viscères passent par un orifice naturel : telles la hernie inguinale ou la hernie crurale.

Nous ne saurions contester que les hernies qui résultent d'une éventration soient des accidents du travail, à la condition bien entendu que l'éventration et l'orifice accidentel soient le résultat d'un accident : un sujet qui se donnerait une hernie, même pendant le travail, au niveau d'une cicatrice de laparotomie ne pourrait, bien entendu, pas se considérer comme victime d'un accident de travail. Son cas mériterait sans doute la discussion, mais rentrerait à n'en pas douter dans la catégorie des hernies ordinaires dont nous allons nous occuper.

***

Etiologie. — On admet généralement qu'il existe une prédisposition à la hernie, que les *hommes* y sont plus exposés que les femmes, les *ouvriers* plus exposés que les classes aisées, sans doute parce qu'ils travaillent et font plus d'efforts. Les personnes *âgées* et les *sujets affaiblis* y sont également plus prédisposés à cause de la faiblesse des parois : ceci n'a pas besoin d'être démontré.

L'influence de l'*hérédité* joue également un certain rôle dans la production des hernies. Signalons encore l'influence de la *taille* et de la *forme du ventre*. Je passe sous silence l'influence du côté droit qui n'a pas grande importance pour notre thèse ; celle des *grossesses* et des *grossesses multiples*, celle des maladies qui affaiblissent la résistance des parois, etc., etc.

Donc quelle que soit l'opinion qu'on ait sur le mode de production des hernies, un point ressort déjà, c'est que certains individus y sont *prédisposés*, ce qui démontre que, si la hernie est (ce que je conteste) une affection *accidentelle*, elle n'est pas *purement accidentelle*. Voilà un point déjà acquis.

***

Quelques mots maintenant des *causes déterminantes* des hernies.

La plupart des hernieux *attribuent* leur infirmité à une cause accidentelle : un traumatisme, une chute, un effort brusque. Nous reviendrons plus loin sur cette dernière cause.

L'*action de soulever un fardeau* est la cause occasionnelle la plus commune, puis vient celle de porter une charge, l'effort que l'on fait pour s'opposer à une chute imminente.

Les *coups sur le ventre* ont été quelquefois invoqués *surtout s'il s'agit de rupture* de la paroi, d'éventration : CAS OU LA HERNIE DEVIENT RÉELLEMENT UN ACCIDENT.

Il en est de même des cas exceptionnels où la hernie résulte d'un véritable traumatisme : compression du tronc sous un poids lourd, chute d'un cavalier sous son cheval.

Ce sont là « *des questions d'espèce* », des cas que le médecin expert déterminera facilement.

Signalons encore les observations de certains médecins militaires russes (BORNHAUPT, AROFF, WLOBLEWSKY), qui prétendent que des conscrits, pour échapper au service, réussissent à provoquer des hernies en *dilatant les orifices inguinaux au moyen d'un instrument semblable à celui qui sert à ouvrir les gants.*

***

Mécanisme. — Il nous reste à passer en revue les modes de formation des hernies et leur évolution.

Il y a deux choses à considérer dans toute hernie : 1° l'effort ; 2° la résistance de la paroi abdominale.

Un effort violent amenant un accroissement brusque de la pression intra-abdominale, par refoulement de l'intestin

et de l'épiploon, et créant de toutes pièces le trajet et le sac herniaire, *voilà la hernie de force*. GOSSELIN la considérait comme excessivement rare.

Mais pour comprendre pourquoi certains points faibles de la paroi abdominale se laissent traverser *chez certains sujets plutôt que chez d'autres*. comme le dit très judicieusement BERGER, dans le Traité de Chirurgie de DUPLAY et RECLUS, il faut admettre l'existence d'une cause prédisposante anatomique.

C'est, pour les uns, l'élongation du mésentère, pour d'autres, la préformation du sac, la congénitalité de certaines hernies. Passons rapidement sur les hernies ombilicales même d'origine embryonnaire !

Il y a enfin des hernies où même les efforts ne peuvent être considérés que comme des causes banales : forme du ventre en besace, relâchement des parois, etc.

En somme, comme le dit KINGDON (sans se préoccuper de la loi sur les accidents), *la hernie est une maladie et non point un accident*. Cet aphorisme est surtout vrai pour les hernies dites de faiblesse.

Sans parler des éventrations et des hernies rares par contusion et rupture de la paroi abdominale, « on doit » admettre que les causes qui interviennent dans la pro- » duction des hernies de faiblesse existent probablement, » quoique moins prononcées, et prédisposent même à » l'apparition des hernies de force et c'est pour cette rai- » son *que les hernies ne peuvent et ne doivent jamais être con- » sidérées comme étant la conséquence directe d'une lésion » traumatique* ». (BERGER, Traité de Chirurgie de DUPLAY et RECLUS).

« Cette considération, ajoute le même auteur, *peut avoir » son importance en médecine légale et tout particulièrement » dans l'appréciation des dommages que prétend avoir subis » un ouvrier qui attribue aux travaux de sa profession une » hernie dont il est porteur et qui réclame une indemnité » comme compensation de son infirmité*.

» Nous sommes à cet égard de l'avis de ROSER et de » SOCIN, et nous pensons que si les travaux corporels et » les accidents peuvent favoriser dans une certaine » mesure le développement des hernies, il faut toujours » admettre que la constitution physique, la conformation » abdominale et l'état pathologique du sujet sont les pre- » miers responsables d'une lésion dont les actions méca- » niques ne sont jamais que la cause occasionnelle. »

Telles sont les judicieuses conclusions de Paul BERGER.

J'y ajouterai encore quelques considérations qui les corroborent au moins pour la thèse que je soutiens.

En mettant les choses au pis, en les combinant même pour favoriser l'ouvrier, on peut tout au plus dire que la hernie est le résultat d'un *effort*.

Mais l'effort lui-même est-ce un accident du travail ? Pas du tout : c'est le travail lui-même, tout simplement, car le travail n'est qu'une suite d'efforts (1).

Quand je paie un ouvrier cinq francs par jour, j'achète pour ce prix la somme d'*efforts*, de travail, qu'il fera dans la journée.

S'il combine mal son effort ou le proportionne mal à la résistance de sa paroi abdominale affaiblie ou mal constituée, ce n'est pas un accident. Et la preuve, c'est que des milliers d'ouvriers font en même temps le même travail et les mêmes efforts et ne se donnent pas de hernies ; la preuve c'est que ce même ouvrier a fait, la veille et l'avant-veille et quinze cents fois depuis qu'il travaille, le même effort et ne s'est pas donné de hernie.

Il manque ici la *cause extérieure*, c'est-à-dire l'une des causes qui constituent l'*accident*. Dans les vrais accidents, que je ne conteste pas, les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets : la chute d'une planche sur les tissus vivants produit contusions et plaies contuses tous les jours et chez tous les ouvriers.

Pour la hernie on est obligé de tenir compte des prédispositions individuelles, des causes prédisposantes anatomiques, causes qu'on s'efforce de supprimer quand on fait la cure radicale de la hernie.

J'ai donc le droit de conclure en disant : à part certains cas rares, la hernie est une *affection chirurgicale*, soit, c'est une *maladie*, ce n'est pas un *accident*.

***

Discussion. — Quelques mots de discussion, au point de vue juridique, si l'on veut, compléteront cet exposé.

Si les législateurs avaient été mieux inspirés, ils auraient dans leur loi, sur les accidents du travail, défini l'accident, et énuméré les affections chirurgicales qui sont des accidents et celles qui n'en sont pas.

Les médecins, les juges de paix, les tribunaux et les compagnies d'assurance ne peuvent, en bonne logique, admettre les hernies — pas plus que les efforts — comme des accidents, parce que l'ouvrier est dans l'impossibilité de *prouver* : 1° qu'il s'est blessé en travaillant ; 2° quand il s'est blessé, ce qui a son importance.

Si l'on considérait la hernie comme un accident, il faudrait dès qu'un ouvrier entre dans un atelier, lui faire subir un examen médical, constater qu'il n'a pas de

(1) Si l'on considérait les efforts comme des accidents, je ne vois pas où l'on s'arrêterait dans cette voie.

L'hémorrhagie cérébrale n'est-elle pas souvent la suite d'un effort ? de même la mort subite des cardiaques ? de même l'hémoptysie des tuberculeux ?

J'ai vu, il y a quelques années, un ouvrier tisserand qui, pris subitement d'hémoptysie en mettant une courroie sur une poulie (effort), prétendait être considéré comme blessé. Je l'ausculte et je constate de la tuberculose pulmonaire avec cavernules des deux sommets, le blessé ou mieux le malade avouant qu'il tousse depuis qu'il a eu l'influenza trois mois auparavant.

J'essayai de lui faire comprendre qu'il était dans son tort ; rien n'y fit ; il me quitta en disant qu'il allait poursuivre son patron. Je doute qu'il ait pu se procurer un certificat médical.

hernie. Que dis-je? il faudrait examiner tous les jours tous les ouvriers car ils peuvent se donner une hernie dans la rue, chez eux en travaillant pour leur compte, en jouant au cabaret ou simplement en toussant.

Cet examen de l'ouvrier avant son entrée à l'usine au début même de chaque journée ne prouvera rien encore : Je prends un ouvrier intact, il tousse pendant son travail, se donne une hernie; quelques minutes après, il soulève un fardeau, sa hernie *sort* de plus en plus et l'ouvrier s'en aperçoit. Dira-t-on que le travail a produit sa hernie? Dira-t-on que cette hernie est un *accident* de travail ? Supposons même qu'on accorde une indemnité ou une rente à cet homme qui prétend s'être donné une hernie; qui l'empêchera d'aller d'atelier en atelier, ou tout au moins de ville en ville promener sa hernie et se faire des rentes en prétendant toujours qu'il vient de se blesser ?

Un ouvrier soulève un fardeau, je ne conteste pas la chose, ce que je conteste c'est qu'il puisse *prouver* que son effort a produit cette hernie qu'il avait peut-être déjà depuis trois ou quatre mois.

Admettre cette façon de voir, c'est permettre de considérer toutes les hernies anciennes comme récentes.

J'ai peut-être un peu forcé mon raisonnement, je l'ai fait à dessein, pour démontrer qu'il est impossible à l'ouvrier de *faire la preuve* que sa hernie s'est produite par le fait d'un accident de travail.

∴

Nous avons vu dans les lignes précédentes que la hernie produite par un effort de travail, quelquefois même très léger, était la conséquence de cet effort s'exerçant sur des tissus prédisposés, affaiblis, siège, si l'on veut, d'une usure professionnelle : la paroi abdominale ayant fini par perdre son élasticité, les tissus se sont relâchés par suite d'un travail pénible et prolongé. Mais cette prédisposition s'est acquise en plusieurs années! Voilà donc un ouvrier qui, changeant maintes fois d'atelier, a travaillé et s'est créé cette usure professionnelle. Il se donne une hernie chez moi où il travaille depuis huit jours. Est-il juste que je supporte les frais de cette hernie, résultat d'une usure antérieure ?

Il n'y a qu'un remède à la situation faite aux ouvriers par les maladies *professionnelles*, c'est l'assurance obligatoire contre les maladies telle qu'elle existe en Allemagne.

Qu'un patron charitable vienne en aide, par charité pure et par sentiment, à un vieil ouvrier qui a vieilli et a blanchi dans son usine : soit!

Mais, dans l'espèce, nous ne faisons pas de sentiment, nous étudions les conséquences d'une loi sur les accidents du travail et nous n'hésitons pas à conclure que les hernies ne tombent pas sous le coup de la loi. Ce ne sont pas des accidents.

On ne doit même payer un bandage à un ouvrier atteint de hernie, qu'en stipulant par écrit que ce bandage est accordé à titre gracieux : autrement, l'ouvrier, se trouverait, avec raison, atteint d'une tare, pour laquelle il demanderait une réparation pécuniaire.

A plus forte raison, doit-on lui faire subir, aux frais de l'employeur, l'opération de la cure radicale? mais on ne sait pas encore quels seront les résultats éloignés de cette opération, récemment introduite dans la pratique chirurgicale; et l'opération peut ne pas réussir, elle peut, par suite d'une légère faute du chirurgien ou même d'une imprudence du blessé, devenir mortelle. Et alors, de concession en concession, on devrait faire des rentes, soit à l'ouvrier, si la hernie se reproduisait, soit à sa famille, si, par malheur, il survenait une péritonite mortelle.

III. — Quelques jugements.

Le défaut de précision de la loi, les controverses sur la nature et le caractère de la hernie qui devient souvent une source de gêne pour les travailleurs, les tendances procédurières actuelles de quelques-uns d'entre eux, les opinions même de certains médecins qui se sont peut-être laissés prendre aux apparences ne pouvaient manquer d'amener des procès.

J'ai recueilli quelques jugements(1). Les uns, selon moi, sont dans le vrai en exigeant que l'ouvrier *fasse la preuve* que sa hernie est un accident. Le Tribunal civil d'Aubusson, par exemple, dans un jugement en date du 14 août 1900, exige que l'ouvrier justifie que la hernie dont il se plaint a été occasionnée par un accident de travail et déboute le plaignant de sa demande, jugeant qu'il n'a pas fait cette preuve.

Le 10 août 1900, le Tribunal civil de Valenciennes déclare également que la *preuve* incombe au demandeur d'indemnité.

Voici un considérant de ce jugement :

« Attendu que V... n'offre même pas de prouver dans
» quelles circonstances lui serait survenu l'accident dont
» il se plaint, ce qui serait indispensable pour permettre
» au Tribunal de statuer, *puisqu'une hernie, fût-elle sur-*
» *venue au cours du travail, peut ne pas avoir eu ce travail*
» *pour cause.* »

Ces tribunaux me paraissent avoir raison.

⁂

Le Tribunal de Lille a aussi rendu quelques jugements sur la matière; malheureusement, il ne m'a pas été facile de me procurer le texte original de ces jugements. Je n'en ai eu que le compte-rendu sommaire dans les journaux politiques de la région (novembre 1900).

Un ouvrier se serait vu attribuer, après un rapport de M. Dutilleul, médecin-légiste, une pension pour une hernie

(1) *Journal l'Argus*, septembre 1900, n° 1074.

survenue pendant le travail et consécutivement à une pointe de hernie préexistante !

Le Tribunal, dans un autre jugement, aurait débouté le demandeur de sa demande sous le prétexte qu'il n'avait point fait la preuve.

Mais serait-il possible que, d'après les considérants du jugement, il suffit pour établir cette preuve : 1° que l'ouvrier se mette à crier dès qu'il se sent atteint de hernie ; 2° qu'il fasse constater qu'il soulevait un fardeau ?

Moyens trop simples et trop faciles à suivre pour tout porteur de hernie, même ancienne, de se faire des rentes. N'insistons pas.

***

Voici maintenant les considérants d'un jugement rendu le 21 mai 1900 par le tribunal de Nancy :

. . . .

« Attendu que, ces faits étant admis constants, se » présente la question de savoir si la hernie dont un » ouvrier est atteint pendant son travail, peut être » considérée comme un accident du travail, auquel la loi » de 1898 serait applicable ; que selon la défenderesse, » la hernie ne peut, en principe, être assimilée à un » accident du travail, parce qu'elle est due à une prédis- » position spéciale de celui qui la subit, à savoir l'alté- » ration de la paroi de l'abdomen, altération provenant » de causes qui ne se rattachent par aucun lien au travail » professionnel ; que la défenderesse soutient enfin que » l'effort plus ou moins énergique au moment duquel la » hernie se manifesta, n'en est pas la *cause* mais seule- » ment *l'occasion ;*

» Attendu que cette théorie, qui revient à dire que la » hernie n'est pas un accident, mais une maladie, ne » saurait être admise d'une façon générale et absolue ; » que, sans doute, la hernie ne se produit que chez une » personne prédisposée, mais que la hernie dite de force, » ne peut être considérée comme n'étant qu'une simple » phase du développement d'une hernie préexistant à » l'état latent ; *que tout prédisposé n'est pas nécessairement » destiné à devenir herniaire ;*

» Qu'il est certain du reste et prouvé par les statistiques » médicales que la prédisposition herniaire peut rester » latente de longues années, sinon toute la vie, et que *ce n'est, » par conséquent, pas à raison de l'évolution de la maladie » que l'individu prédisposé devient hernieux sous l'influence » d'un traumatisme, mais bien à raison de ce traumatisme » lui-même.*

» Attendu que cela doit être admis, alors même que la » hernie se produit à l'occasion d'un travail qui ne néces- » site pas d'efforts d'une grande intensité, car elle est » causée souvent au cours d'un travail normal, quand » l'ouvrier est amené à se *placer dans une position défavo- » rable, telle que l'écartement des jambes et la torsion du » corps ;*

» Attendu, d'ailleurs, que l'influence de la prédispo- » sition se fait sentir non seulement dans la hernie, mais » encore à l'occasion des fractures et des blessures en » général qui toutes ont des conséquences plus ou moins » graves selon la prédisposition du blessé ;

» Attendu, enfin, *que la hernie de force est considérée comme accident de travail en Suisse et en Allemagne ;*

» Attendu qu'une hernie a pour résultat incontestable de diminuer la capacité de travail alors surtout que celui qui en a été atteint est simple manœuvre et a besoin de toutes ses forces pour son travail habituel ; qu'elle cons- » titue par conséquent une infirmité partielle, mais per- » manente, donnant lieu à une rente viagère à la moitié » de la réduction de salaire, etc., etc. »

Réflexions. — Ces considérants du Tribunal de Nancy sont sujets à discussion :

J'ai souligné les quelques points discutables ; je les reprends :

« 1° *Ce n'est pas à raison de l'évolution de la maladie que » l'individu prédisposé à la hernie devient hernieux sous » l'influence d'un traumatisme, mais bien à raison du trau- » matisme lui-même* ».

Et d'abord, est-ce bien certain que ce n'est pas à raison de l'évolution de la maladie que l'individu prédisposé devient hernieux ? ensuite, quel est exactement ce *traumatisme?*

La hernie même dont se plaint le soi-disant blessé n'était-elle pas congénitale ? qui le prouvera ? Le Tribunal admet même que la hernie se produit « *à l'occasion d'un » travail qui ne nécessite pas d'efforts d'une grande intensité* ». Cet ouvrier avait-il ou non la hernie avant de commencer son travail ? Voilà ce dont il faut faire la *preuve* et la chose me paraît impossible.

Est-ce bien, comme je le disais plus haut, dans un effort de travail que la hernie s'est produite ? N'est-ce pas en toussant ou en éternuant ? Cette hernie n'existait-elle pas depuis plusieurs années ? qui le dira ? n'existait-elle pas au moins sous forme de pointe de hernie ? et le moindre effort ne l'a-t-il pas transformée en hernie scrotale complète ? Voilà des questions auxquelles il faut répondre pour établir la vérité.

2° Le Tribunal de Nancy admet également que la hernie est causée souvent au cours d'un travail *normal* quand l'ouvrier est amené à se placer dans une position défavorable *telle que l'écartement des jambes et la torsion du corps.*

Je me demande si ces conditions physiologiques ne sont pas un peu fantaisistes ; en tous cas je ne les ai vues signalées dans aucun traité de pathologie. Mais passons. Les questions que je posais au paragraphe précédent peuvent encore être posées : nous sommes toujours ici en présence de la théorie de l'*effort*, théorie que je crois avoir réfutée précédemment et encore une fois ce serait à l'ouvrier à faire la preuve que sa hernie s'est créée de toutes pièces, preuve impossible à faire.

Les tribunaux d'Aubusson et de Valenciennes me paraissent avoir mieux jugé que celui de Nancy. Qui a raison, Nancy ou Valenciennes ?

3° Le tribunal de Nancy fait intervenir dans ses considérants que *la hernie de force est admise comme accident de travail en Suisse et en Allemagne.*

Si la chose est inscrite dans la loi, cela prouve que les législateurs suisses et allemands ont été très larges, mais cela ne prouve pas qu'ils aient été logiques. Et puis nous

ne sommes ni en Suisse ni en Allemagne; s'il a plu à ces législateurs d'assimiler les hernies à des accidents, s'il leur plaisait de déclarer que le rhumatisme des teinturiers, que la gale des épiciers, que les hémoptysies suites d'efforts, que les coliques de plomb et les intoxications sont des accidents, ces affections n'en seraient pas moins des maladies professionnelles et non accidentelles.

Voilà pourquoi, dans les considérations médicales qui précèdent ces quelques pages, je regrette que la loi française soit muette sur la définition de l'accident et ne donne point, après avoir pris l'avis d'autorités compétentes, la nomenclature des lésions corporelles qui constituent des accidents ou qui y sont assimilés. Combler cette lacune serait supprimer bien des discussions oiseuses, et des procès coûteux et inutiles.

IV. — Conclusion.

D'après ce qui précède, il nous paraît logique de répondre à la question que nous avons inscrite en tête de ces quelques pages :

Non, en principe, la hernie n'est pas un *accident* du travail.

En fait, il existe cependant des cas exceptionnels, très rares, que le médecin expert déterminera facilement, où la hernie est réellement le résultat d'un traumatisme : éventrations, compression du tronc sous un poids lourd.

Si les tribunaux admettaient que l'effort professionnel est un accident, il serait impossible à l'ouvrier de *faire la preuve* que sa hernie s'est produite pendant le travail, par le fait du travail et qu'elle n'est pas le résultat d'un effort (toux, éternuement etc.,) indépendant du travail.

La hernie est-elle un accident du travail ?

par M. **Jules Jacquey**, professeur à la Faculté de Droit de Lille

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de distinguer entre le point de vue législatif et le point de vue juridique.

Au point de vue *législatif*, — et c'est ici que le médecin devra intervenir pour éclairer le législateur, — on se demandera si, dans une législation bien faite, conforme aux données médicales, la hernie *devrait être* rangée parmi les accidents du travail.

Au point de vue *juridique*, on se demandera si, en fait, la hernie *a été* classée, par la loi du 9 avril 1898, dans ces accidents du travail dont elle impose la responsabilité aux chefs d'industrie.

La distinction est importante ; car, si le législateur, le médecin, le philosophe, le sociologue, peuvent rechercher le *quod decet*, le juge n'a le droit de rechercher que le *quod licet*.

I. — Plaçons-nous d'abord au point de vue législatif : la hernie *devrait-elle* être rangée parmi les accidents du travail ? C'est la question à laquelle s'attache principalement M. le docteur Butruille, dans la dissertation qui précède. Et sa conclusion est, — d'une part, qu'au regard de la science médicale, la hernie n'est pas, en règle générale, un accident, — d'autre part, qu'au regard de la législation, la hernie ne devrait pas, en règle générale, être considérée et traitée comme un accident du travail.

Pour ce qui est du ressort de la science médicale, nous ne pouvons que nous référer à son argumentation. Pour ce qui est du ressort de la législation, les idées de M. le docteur Butruille laissent place à la discussion. D'après lui, le législateur aurait dû : 1° donner une définition de l'accident ; 2° énumérer les affections chirurgicales qui sont des accidents et celles qui ne le sont pas. Or, le silence du législateur de 1898 sur ces deux points paraît bien avoir été intentionnel. Car son attention avait été appelée spécialement de ce côté, dès 1889. Dans son rapport, présenté au Congrès de Paris de 1889, M Marestaing proposait une définition de l'accident : « L'accident n'existe que lorsqu'il s'accuse sous forme de lésion, c'est-à-dire d'un traumatisme dû à une cause violente, fortuite et extérieure ». Et, prévoyant la difficulté même que nous examinons en ce moment, il ajoutait : « Les sociétés privées ont été amenées à reconnaître l'existence d'une série d'affections qui semblent, en même temps, confiner aux caractères distinctifs de l'accident et de la maladie proprement dite. Citons les lumbagos, tours de reins, ruptures musculaires, coups de fouet, les hernies, durillons forcés, ampoules, ruptures de varices. Presque toujours, il y a doute dans ces cas particuliers. Aussi, pour éviter les fâcheuses difficultés auxquelles ils donnent lieu, conviendrait-il d'en faire l'énumération et de faire décider, par la loi, que telle ou telle de ces affections sera considérée comme accident ou comme maladie. Une solution moins absolue pourrait peut-être intervenir à l'occasion de quelques-unes d'entre elles. Le lumbago, par exemple, serait considéré comme accident lorsqu'il est le produit subit, unique et prouvé d'un violent effort survenu dans le travail De même pour la hernie, si elle est prouvée ». Les législateurs qui ont contribué à la longue élaboration de la loi du 9 avril 1898 connaissaient ce Rapport au Congrès de Paris, qui a été souvent invoqué par eux. En 1890, lors de

la discussion qui se poursuivait au Sénat, M. TESTELIN proposa même formellement d'ajouter au mot *accident* de l'article premier du projet, la qualification de *traumatique*. Pourquoi donc la loi, dans le texte adopté, ne contient-elle ni définition, ni énumération ? Peut-être en découvrirons-nous les raisons si nous recherchons ce que, en fait, le législateur a décidé.

II. — Plaçons-nous donc maintenant au point de vue juridique, et demandons-nous si, actuellement, pour la pratique, la hernie *est* ou *n'est pas* un accident du travail rentrant dans le champ d'application de la loi du 9 avril 1898.

Si la loi renfermait une définition de l'accident du travail, l'interprète aurait à rechercher si cette définition s'applique ou non à la hernie. A défaut de définition, l'interprète ne peut que rechercher quelle est la catégorie d'accidents que la loi a visée, et si la hernie peut être classée dans cette catégorie.

La recherche n'est point des plus aisées, car rien de plus vague, rien de plus général que l'expression : *accident*. L'accident, pour l'Académie, qu'on dit être le juge suprême du sens des mots, c'est « le cas fortuit, ce qui arrive par hasard ». Pour LITTRÉ, c'est « ce qui advient fortuitement ». Aussi y a-t-il des accidents heureux, comme il y a des accidents malheureux. Evidemment, la loi de 1898 ne vise que ces derniers, ceux dont les ouvriers sont « les victimes », ainsi que le porte l'intitulé même de la loi.

Mais quels accidents ? S'ils n'ont pas formulé dans le texte de la loi une définition de l'accident, les législateurs se sont pourtant expliqués sur leur pensée à cet égard, — certains d'entre eux, du moins, mais on doit croire que la pensée exprimée par ceux-ci, dès lors qu'elle n'a pas été contredite, a obtenu tacitement l'assentiment de tous, ou tout au moins l'assentiment de la majorité, ce qui suffit.

Or, la question qui nous occupe a été agitée principalement à l'occasion de la distinction entre les maladies profe sionnelles et les accidents. A tort ou à raison, le législateur a voulu écarter les maladies professionnelles de la réglementation qu'il préparait et qu'il a adoptée pour les accidents. Aucun doute n'est possible à cet égard. Il l'a voulu dès 1882. Il le voulait en 1890, en 1893, en 1897.

En 1893, notamment, un député, M. FAIRÉ, avait proposé et soutenu un amendement assimilant les maladies professionnelles aux accidents. L'amendement fut rejeté à la suite d'une discussion à laquelle prirent part, soit le docteur DESPRÈS, soit M. GUIEYSSE, au nom de la commission. La conclusion tirée par ce dernier fut la suivante : « Il ressort des observations échangées à la tribune, — et c'est également l'avis de l'unanimité de la commission, — qu'une différence absolue doit être faite entre la maladie professionnelle qui est la conséquence d'une cause à laquelle l'ouvrier est exposé d'une façon continue, qui constitue pour ainsi dire un *risque certain*, et l'accident proprement dit qui résulte d'un *événement imprévu* auquel on ne peut se soustraire. (Très bien ! Très bien !) C'est en vue de ce dernier cas, qu'on peut appeler les accidents *traumatiques*, que la loi a été conçue ». Séance du 3 juin 1893, *Journal Officiel*, p. 1590.

La question fut reprise à la Chambre des députés, en 1897, dans la séance du 28 octobre (*Journal Officiel*, p 2216 et suiv.). Elle donna lieu à des déclarations importantes, soit du président de la commission, M. Léon BOURGEOIS, soit du rapporteur, M. MARUÉJOULS, soit du ministre du Commerce, M. BOUCHER. « Je crois, disait le premier, qu'*il y a lieu de laisser à la jurisprudense, dont c'est la tâche, le soin de dégager du texte de la loi les conséquences de détail que ce texte peut comporter*. Ces conséquences, on les a rappelées tout à l'heure. Il y a une distinction fondamentale à faire entre l'accident, *événement soudain, violent*, et la maladie qui est, au contraire, un état continu et durable, né d'une cause également continue et durable. Voilà les principes de la jurisprudence. Ils ne sont en aucune façon contestés par notre texte. La distinction entre la maladie et l'accident résulte du texte comme de la jurisprudence antérieure. »

Dans le même sens, M. BOUCHER ajoutait : « Est-il bien nécessaire de définir, par une énumération aussi complète, le caractère de l'accident qui résulte de la définition grammaticale du mot lui-même ? Les tribunaux appliqueront la loi dans son acception la plus large .. Faites confiance à l'interprétation des intentions du législateur qui, dans l'esprit des juges et dans l'esprit des parties, sera large comme le texte même de la loi ».

C'est, nous semble-t-il, à la lumière de ces explications données à la tribune de la Chambre des Députés par les plus autorisés des *préparateurs* de la loi, qu'il faut résoudre la question concernant la hernie.

Il est, en effet, entre les affections qui constituent certainement des maladies professionnelles et les affec-

tions qui constituent non moins certainement des accidents, il est des affections mixtes comme la hernie, le lumbago. Ces affections mixtes présentent-elles ou non les caractères spécifiques de l'accident visé par la loi? Pure question de fait, à notre avis. C'est-à-dire que la discussion ne doit pas porter sur le point de savoir si la hernie est ou non, *in abstracto*, un accident du travail, mais uniquement sur le point de savoir si, dans tel cas déterminé, la hernie qui affecte tel ouvrier, doit être regardée comme un accident du travail. Pure question de fait, question à résoudre suivant les circonstances de chaque fait en particulier.

Oui, le juge devra s'inspirer des circonstances. Et c'est ici que le médecin pourra lui être du plus grand secours. C'est au médecin que le juge (juge de paix ou tribunal civil) confiera le soin de rechercher quel a été le rôle du travail dans la production de telle hernie, de rechercher si le travail a été ou non la cause déterminante de cette hernie. M. le docteur BUTRUILLE nous laisse bien voir, quoiqu'il s'en défende, que cette tâche n'est pas au-dessus de la science du médecin.

Parfois, le médecin se trouvera en présence d'une « éventration » indubitablement produite par le travail : il n'hésitera pas, et le juge n'hésitera pas davantage à y voir un accident du travail.

Parfois, le médecin se trouvera en présence d'une « hernie ordinaire classique » dont il pourra, sans crainte de se tromper, affirmer le caractère ancien : il n'hésitera pas à conclure, et le juge n'hésitera pas davantage à décider que cette hernie n'est pas un accident du travail.

Parfois, enfin, le médecin se trouvera en présence d'un cas qui, médicalement parlant, lui laisse des doutes. C'est alors qu'au lieu d'affirmer ce dont il est certain, il se contentera d'indiquer ce qu'il *présume*. Faute de *preuve*, diront les juristes, il devra recourir aux *présomptions*; il devra se contenter de formuler des *présomptions* que le juge appréciera.

Car, — ceux-là ne doivent point l'oublier qui, considérant que la preuve du caractère professionnel de l'accident est à la charge de l'ouvrier, s'écrient qu'on demande ainsi à l'ouvrier une preuve impossible, — devant la justice, il n'est pas, il ne peut pas être question de preuve conduisant à une certitude absolue. La preuve judiciaire n'est point la preuve mathématique. La preuve judiciaire d'un fait existe, suivant formule de jurisconsultes dont nul ne conteste l'autorité, MM. AUBRY et RAU, « dès qu'il existe, pour le juge, soit d'après les *données de l'expérience* ou les *règles de la logique*, soit d'après les dispositions de la loi, des *éléments de conviction* suffisants pour *faire tenir* ce fait comme certain ».

Où puiser ces *éléments* de conviction? Partout où le voudra le médecin ou le juge, dans toutes les circonstances quelconques qui ont précédé, accompagné ou suivi l'accident dont l'ouvrier se prétend la victime. Rien ne limite à cet égard le champ d'investigation. Il arrivera souvent peut-être que l'ouvrier ne parviendra pas à fournir une preuve *directe*, « celle qui tend à établir le fait contesté, à l'aide de moyens de conviction empruntés immédiatement à l'expérience et s'appliquant précisément à ce fait ». Mais il lui restera toujours la ressource de la preuve *indirecte*, « celle qui ne tend à établir le fait contesté qu'à l'aide d'inductions ou de conséquences, tirées d'autres faits connus », à l'aide de « présomptions de fait ou de l'homme ». Cela suffit. La preuve sera complète dès qu'il en résultera, aux yeux du juge éclairé par le médecin, un degré de certitude suffisant pour faire tenir comme vrai le fait qui en formait l'objet.

Eh bien ! si ces principes juridiques sont exacts, le médecin n'est-il pas trop modeste qui allègue n'être pas à même d'aider le juge dans la mission que le législateur a, consciemment (voir les déclarations rapportées plus haut de MM. BOURGEOIS et BOUCHER), entendu lui confier?

Non, la preuve que l'on demande à l'ouvrier n'est pas impossible, et il n'est pas impossible au médecin de prêter ici son concours utile, indispensable même. Pour justifier cette affirmation, il nous suffirait d'invoquer ces jugements des tribunaux de Valenciennes, Lille, Nancy, que relève M. le docteur BUTRUILLE, décisions judiciaires qui, certainement, ont été dictées par des expertises médicales. Ces jugements ne sont pas les seuls : la question de la hernie-accident s'est présentée, à notre connaissance, devant le tribunal de St-Gaudens, 11 avril 1900, qui a admis la hernie comme accident du travail (et nous ne pouvons parler, naturellement, que des jugements qui ont été publiés dans les Recueils judiciaires); elle est de celles qui peuvent se présenter, un jour ou l'autre, devant tous les tribunaux de France, tribunaux civils ou justices de paix, et, par conséquent, de celles pour lesquelles il peut être fait appel, un jour ou l'autre, à la science

de tout médecin. Puisque les tribunaux précités l'ont résolue, cette question n'est point insoluble ; puisque plusieurs de ces tribunaux l'ont résolue dans un sens favorable aux prétentions de l'ouvrier, c'est que la preuve imposée à l'ouvrier n'est point impossible. Nous ne pouvons mieux corroborer ces affirmations qu'en rapportant, à notre tour, trois jugements émanant de juridictions qui intéressent particulièrement les lecteurs de l'*Écho médical du Nord* : deux ont été rendus par le tribunal civil de Lille, le 25 mai dernier ; l'autre a été rendu, le 23 novembre dernier, par le juge de paix du IVe arrondissement de Lille, M. LANCIEN. On y trouvera tout à la fois la démonstration et l'exemple.

Précisément, des deux jugements rendus le 25 mai par le tribunal civil de Lille, l'un est défavorable aux prétentions de l'ouvrier, l'autre laisse préjuge qu'il leur est favorable.

Le premier (MALLET contre CARON-CATEZ) repousse la demande de l'ouvrier. Est-ce parce que l'ouvrier n'aurait pas fourni la preuve absolue « qu'il a contracté une hernie, le 23 août 1899, en soulevant une pièce trop lourde dans les ateliers de ses patrons » ? Non, c'est parce que des circonstances diverses qui ont accompagné ou suivi le fait prétendu conduisent, au contraire, à la présomption que la hernie en cause n'a pas été la conséquence du travail. « Attendu que, le 23 août 1899, jour de son entrée dans l'usine et où l'accident se serait produit, le demandeur n'a fait part à personne, ni de ses souffrances, ni de l'accident ; que, les jours suivants, en conversant avec d'autres ouvriers, il a bien fait allusion à une hernie, mais sans en indiquer la cause ; qu'il n'a fait sa déclaration au contre-maître que le 30 août, afin de ne point participer à un travail trop pénible qui lui était commandé ; que ses souvenirs sont d'ailleurs si peu précis qu'il n'a pu dire au juge de paix si l'accident avait eu lieu le matin ou l'après-midi ; — qu'il n'établit donc en aucune façon que la hernie dont il est affligé soit née ou se soit même développée par le travail ou à l'occasion du travail ; qu'il y a lieu de se montrer, en cette matière, d'autant plus circonspect que la hernie, qu'elle soit congénitale ou due à une faiblesse subséquente des organes, se manifeste le plus souvent sous une influence quelconque, absolument indépendante du travail ».

Le second jugement (KENNEBROUCK contre DECOCK) est une simple décision « avant faire droit », qui, par conséquent, ne statue pas d'une façon définitive, mais laisse pressentir une solution favorable à l'ouvrier. C'est que les circonstances étaient toutes différentes. « Attendu que KENNEBROUCK, ouvrier plafonneur chez DECOCK, prétend avoir, le 5 août 1899, étant au service de son patron, contracté une hernie en soulevant une cuvelle de mortier avec l'un de ses camarades ; — Attendu qu'il est constant, en effet, que le demandeur a, pendant son travail, ressenti de vives douleurs au bas-ventre, s'est affaissé et a dû être transporté chez son patron ». Toutefois, comme « il importe au tribunal de savoir si cette hernie est née ou même simplement développée par suite d'un effort fait dans l'exercice de la profession de l'ouvrier, que le tribunal ne possède pas dès à présent des *éléments suffisants d'appréciation*, et qu'il y a lieu d'avoir recours à un homme de l'art », le jugement nomme un expert avec mission « de visiter KENNEBROUCK, d'indiquer la nature, le caractère et le degré de gravité de sa hernie ; de dire si elle est née ou simplement développée par l'exercice de sa profession ; de signaler, en outre, les moyens, soit de guérir le mal, soit tout au moins de l'atténuer ; enfin, de préciser l'influence qu'il peut exercer actuellement et qu'il pourra exercer dans l'avenir sur les aptitudes professionnelles de KENNEBROUCK ». (*Nord Judiciaire*, 1900, p. 240 et 242.)

Quant au jugement rendu, il y a quelques jours, par le savant juge de paix du IVe arrondissement de Lille, il est relatif à un cas de lumbago. Mais la même leçon s'en dégage, plus clairement encore et plus catégoriquement, leçon de droit et leçon de choses. « Attendu que la question très délicate de savoir si les affections mixtes, telles que la hernie, le lumbago, le tour de reins, constituent des accidents du travail, doit se résoudre en fait, suivant les circonstances ; — qu'il y a lieu de leur attribuer ce caractère lorsqu'elles se produisent subitement au cours d'un travail qui exige de violents efforts ou un grand déploiement de force musculaire ; — qu'en particulier, le lumbago est une lésion musculaire fréquente chez les ouvriers appelés à soulever et porter de lourds fardeaux, et résultant des efforts qu'ils sont obligés de faire pour accomplir leur travail ; — et qu'il suffit qu'une lésion corporelle soit la conséquence d'un acte violent exercé ou subi dans le travail, pour qu'il y ait lieu à l'application de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu, en fait, que de l'enquête il résulte la preuve que, le 24 octobre dernier, à Lille, en la gare St-Sauveur, DEGESELLE déchargeait un wagon pour le compte de NOLET, avec d'autres portefaix, lorsque, vers 9 heures du matin, il déclara ne pouvoir continuer le travail à cause d'intolérables douleurs de reins qui lui étaient survenues depuis un moment et se retira ; — qu'il avait travaillé à partir de 6 heures du matin et que, pendant deux heures au moins, il n'avait manifesté ni fatigue, ni souffrances, pas plus que les jours précédents ; que les fardeaux qu'il avait à soulever et porter étaient des sacs ou balles de marchandises pesant de 80 à 100 kilogrammes, et même plus ;

Attendu que le demandeur a fait constater son état par le docteur MEURISSE, de Thumesnil, qui l'a reconnu atteint de lumbago et de pleurodynie ; —

qu'il n'est pas sans intérêt de constater que DEGESELLE est jeune et robuste ;

Attendu que, de ces circonstances, il faut induire que, dans son pénible métier, DEGESELLE a subi une lésion corporelle résultant de violents efforts ou de toute autre cause extérieure identique ; — que, dès lors, il a droit au bénéfice de la loi du 9 avril 1898 ».

Que nos lecteurs veuillent bien maintenant se rappeler, tant les déclarations faites à la Chambre des députés sur la mission confiée aux tribunaux et l'esprit dans lequel les tribunaux doivent remplir cette mission, que les principes juridiques reconnus applicables à la preuve des faits soumis à la justice. Qu'ils les rapprochent des circonstances si variées, dont ils remarqueront notamment maints exemples dans le jugement de M. LANCIEN, circonstances dont chacune vient contribuer à former le faisceau de présomptions qui, en définitive, constituera la preuve. Nous espérons qu'ils concluront avec nous : — d'une part, que la hernie peut être un accident du travail, justiciable de la loi de 1898 ; — d'autre part, que, le cas échéant, il n'est nullement impossible au médecin appelé comme expert d'aider, soit l'ouvrier à justifier ses prétentions, soit le chef d'entreprise à combattre les prétentions de l'ouvrier.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 14 Décembre 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Présentation de malade et de pièces anatomo-pathologiques.

I. **M. Le Fort** rapporte l'observation d'un homme, qui, après un tamponnement assez violent dans une manœuvre de wagons, était mort à l'hôpital quelques heures après l'accident, bien évidemment d'une hémorrhagie intra-abdominale. Le traumatisme avait porté sur le côté gauche de la poitrine, au niveau des côtes inférieures, d'avant en arrière et de gauche à droite. On s'attendait à trouver une lésion de la rate à l'autopsie.

Grande quantité de sang dans le péritoine, rate normale, suffusion sanguine sur le bord mésentérique de l'intestin, foie contusionné en masse, et présentant trois grandes déchirures, une au niveau du ligament suspenseur, une autre sur le lobe gauche, une troisième, sous-capsulaire, à la partie externe du lobe droit : telles furent les lésions constatées. L'autopsie, incomplète, permet de constater toutefois quelque ecchymoses pulmonaires, mais pas de fractures de côtes. Le mécanisme de ces déchirures si prononcées du foie est ensuite expliqué par M. LE FORT

M. Lambret, en présence de ce cas fatal, constate que le service chirurgical d'urgence est très mal organisé, qu'on pourrait parfois, en opérant presque aussitôt après l'accident, sauver bien des blessés. Il distingue à ce sujet, dans les ruptures du foie, plusieurs catégories : ou bien on est en présence de véritables éclatements du foie, comme dans le cas de M. LE FORT, et toute la thérapeutique chirurgicale doit échouer devant de telles lésions ; ou bien on peut avoir des lésions très superficielles, de simples dentelures du foie qui font elles-mêmes leur hémostase ; dans ce cas l'intervention est inutile, la guérison survient sans le secours de la laparotomie. Entre ces deux cas extrêmes, il y a une série de lésions hépatiques, laissant béants des vaisseaux plus ou moins volumineux.

Mais toutes ces lésions, livrées à elles-mêmes, ont des conséquences désastreuses à plus ou moins bref délai : ou l'hémorrhagie se fera rapidement, et à l'heure actuelle, le chirurgien est toujours appelé trop tard pour assurer l'hémostase, ou elle ne s'effectue que graduellement, laissant au médecin le temps d'agir.

M. LAMBRET fait remarquer qu'il a déjà, dans un récent travail publié dans l'*Echo Médical du Nord*, émis le vœu de voir organiser un service de chirurgie d'urgence et résume une observation identique : le blessé, également tamponné, mourut, en quelques heures, d'une hémorrhagie abdominale consécutive à une rupture de la rate, à la porte de l'hôpital, alors que peut-être une simple ligature jetée sur les vaisseaux béants eût suffi à sauver la vie de la victime.

M. Oui décrit à son tour un cas de rupture du foie ayant amené une mort rapide par hémorrhagie et consécutive à une chute, l'abdomen heurtant un madrier. La mort survint en trois heures avec tous les symptômes d'hémorrhagie intra-abdominale. L'autopsie montra un foie violemment contusionné, porteur de multiples déchirures du lobule de SPIEGEL et du lobe carré ; les reins étaient aussi déchirés ; l'un même rompu transversalement, la rate déchirée ; pas de lésion toutefois du tube intestinal.

M. OUI fait remarquer la complexité des lésions de ce cas coïncidant avec une intégrité complète du tube digestif.

II. **M. Le Fort** présente un *kyste sacculaire* enlevé chez un individu hernieux depuis longtemps, entré dans le service de M. FOLET en déclarant que sa hernie, réductible jusqu'alors, ne l'était plus depuis vingt jours. L'opération décela un petit kyste constitué par l'ancien sac de la hernie, dont le collet était retréci au point d'amener la guérison de la hernie, communiquant toutefois avec l'abdomen par un tout petit pertuis admettant à peine un stylet.

M. LE FORT fait remarquer que c'est là un procédé de guérison naturelle de la hernie.

III. **M. Moty** présente un malade ayant eu, à la suite d'un traumatisme portant sur le rebord orbitaire de l'œil droit une *fracture de l'orbite avec propagation au maxillaire supérieur et à la cavité orbitaire du côté opposé*.

L'état général du blessé, le soir de l'accident, faisait craindre des complications, M. MOTY pratique une désinfection complète de la plaie et resèque les esquilles osseuses libres ou mobiles. Malgré un examen attentif, M. MOTY ne constate alors que la lésion du rebord alvéolaire : le lendemain apparaît une ecchymose palpébrale non conjonctivale et qu'on ne put expliquer que plus tard. A son retour de congé de convalescence, le blessé fit remarquer une petite saillie osseuse au dessous du trou sous-orbitaire droit et une sensibilité des dents prémolaires. Il est probable qu'il s'est fait lors de l'accident une fissure osseuse, ayant gagné le rebord alvéolaire et s'étant propagée par l'intermédiaire de la voûte palatine à la cavité orbitaire du côté opposé,

M. MOTY fait remarquer combien est fréquente cette propagation des fractures de la face. Il rappelle les faits rapportés à la Société récemment par MM. MARIAU et LE FORT et cite un cas de fractures de deux condyles du maxillaire inférieur constatée à l'autopsie, alors que le diagnostic n'avait pu être précisé : ce qui arrive fré-

quemment à cause du gonflement et des symptômes des autres lésions.

IV. **M. Lambret** présente un *fibrome multiple de l'utérus* enlevé chez une femme déjà opérée il y a sept ans pour un fibrome pédiculé de l'utérus et fait quelques observations au sujet des opérations conservatrices sur la sphère génitale de la femme.

Dans l'observation rédigée en 1893, on nota bien, outre le fibrome pédiculé, un second fibrome petit, inclus dans la face antérieure de l'utérus. Mais à cette époque énucléer un tel fibrome était une opération très délicate, et le fibrome avait paru trop profond pour être enlevé.

En 1900, la malade est venue de nouveau demander à être opérée par suite de troubles vésicaux et rectaux. Le petit bassin était rempli d'une tumeur volumineuse, comprimant par une de ses faces la vessie, et enlevée par la voie abdominale.

D'après les statistiques allemandes de MARTIN, comportant 141 cas de fibromes utérins enlevés avec conservation de l'utérus, on n'a vu, après dix ans, que quatre récidives. Devant de tels faits, il semble que les chirurgiens ne doivent plus pratiquer l'hystérectomie pour fibrome chez des femmes jeunes pouvant encore devenir gravides.

V. **M. Le Fort** résume l'observation d'un malade chez lequel le diagnostic encore hésitant semble être toutefois celui de *ostéomyélite proliférante chronique*. L'individu, sans tare héréditaire, sans antécédents personnels, présente depuis quatre ans une grosseur de l'extrémité inférieure du fémur, survenue à la suite d'une chute ayant amené la formation de quatre fistules, deux internes et deux externes ne communiquant pas avec l'os, et siégeant en plein tissu lardacé. L'hypothèse de sarcome de l'os doit être abandonnée. Il n'y avait pas de lésions tuberculeuses. Le traitement antisyphilitique ne donna aucun résultat. L'actinomycose ne put être décelé. Du streptocoque et du staphylocoque furent trouvés dans le pus. La radiographia montre un fémur augmenté de volume.

M. LE FORT cite des travaux publiés à l'étranger sur des cas d'ostéomyélite proliférante chronique, cas identique à celui qu'il a observé.

M. Moty a eu un malade analogue chez lequel il ne put poser un diagnostic précis. La lésion siégeait à l'humérus gauche, la partie inférieure du bras était infiltrée. L'intervention montra que l'os était sain.

M. Curtis, qui a vu le malade de M. LE FORT, ne trouve pas les raisons données suffisantes pour faire de cette affection une ostéomyélite. Il n'y a pas d'ostéite, l'augmentation de l'os n'est pas bien évidente, il n'y a pas de lésions osseuses... Il croit plutôt être en présence d'un phlegmon chronique, avec induration des tissus environnants.

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par les courants continus d'intensité élevée

M. Doumer fait part à la Société du résultat de ses recherches sur le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par les courants continus d'intensité élevée.

Pratiquant tous les jours une séance d'électricité de l'abdomen avec un courant continu de 15 à 20 milliampères, au début, puis augmentant, suivant la résistance du malade, jusque 50 et même 80 milliampères.

Il a vu dans tous les cas, au bout de dix jours, les selles se régulariser, la constipation disparaître, l'état général s'améliorer, en même temps que les mucosités, les fausses membranes, les sténoses du côlon transverse disparaissaient.

La technique opératoire est simple. Avec deux électrodes en charbon, recouvertes de peau de chamois, largement imbibées d'eau et appliquées sur la paroi abdominale, on fait passer pendant une minute un courant de 30 à 40 milliampères, puis on renverse le sens du courant ; si le malade ne réagit pas douloureusement, on continue ainsi pendant dix minutes ; il est à remarquer que les applications deviennent vite indolores par une sorte d'analgésie de la surface cutanée.

M. DOUMER tire de son travail les conclusions suivantes : 1° Il est facile d'administrer, par voie cutanée, des courants continus intensifs ; 2° Les courants continus sont inoffensifs ; 3° Ils sont curatifs à longue portée sur l'entérocolite muco-membraneuse ; 4° Ils sont curatifs sur les lésions anatomiques de l'intestin dans l'entérocolite muco-membraneuse.

M. Charmeil fait remarquer que dans l'entéro-colite muco-membraneuse, les lésions anatomiques sont peu nettes, et que cette affection n'est qu'une complication fréquente de la constipation chronique : Ce n'est donc pas une maladie, mais un accident se manifestant chez des constipés chroniquement par de la douleur, des fausses membranes, une hypersécrétion de l'intestin, de la sténose du côlon transverse. Cette notion de crise douloureuse est importante au point de vue thérapeutique. L'accès se traite avec succès au moyens de grands lavements chauds, amenant en une à deux semaines la sédation complète de l'affection. La constipation chronique, cause de l'entérocolite muco-membraneuse, demande un régime spécial et des purgatifs doux, comme l'huile de ricin à la dose d'une cuillerée à café tous les matins, ou l'action du massage abdominal.

Avec un régime approprié on voit disparaître la constipation et avec elle les crises de colite muco-membraneuse.

Donc, parler de guérison de colite muco-membraneuse, c'est affirmer la guérison de l'accès. Ce résultat n'est pas difficile à obtenir, mais il est plus pénible de régulariser complètement la fonction intestinale.

M. Oui contredit les idées de M. CHARMEIL ; il admet les crises de douleurs caractéristiques de l'entéro colite muco-membraneuse, mais fait remarquer que les selles spéciales et les fausses membranes peuvent exister pendant très longtemps chez le même malade. Il croit évidemment qu'en faisant disparaître la constipation, on procurera une grande amélioration aux malades et demande à M. DOUMER si le résultat obtenu par l'action du courant continu est durable.

M. Doumer cite alors plusieurs cas qu'il suit depuis quatre, trois et deux mois avec toutes les apparences de guérison (selles régulières, absence de douleurs, de mucosités).

M. Carlier croit que par ce moyen M. DOUMER agit surtout sur le système nerveux de ses malades.

M. Ausset a eu à soigner beaucoup d'enfants atteints d'entéro-colite muco membraneuse survenue surtout chez les enfants suralimentés. Il a vu, entourant les selles, même en dehors de la constipation, des lambeaux de muqueuse. Les crises douloureuses se calment rapidement sans aucune médication sous l'influence du régime. Toutefois, M. AUSSET n'est pas tout à fait d'accord avec M. CHARMEIL. Il donne également des lavements chauds, mais à plus petite dose, et à très faible pression, ayant toujours constaté de vives douleurs lorsque le liquide injecté était en assez grande quantité.

M. Charmeil fait remarquer que, d'une manière générale, tout constipé n'ayant pas été à la selle depuis deux ou trois jours a autour de la masse fécale un manchon de fausses membranes, et que dans l'entéro-colite, ce n'est qu'à l'époque des crises que les malades viennent se plaindre et se soumettre au traitement.

Au point de vue des lavements, il a toujours pu en injecter d'assez grande quantité sans accident et sans de trop

vives douleurs, en agissant avec une faible pression et en faisant le lavement très lentement.

M. Ausset a essayé également ce mode de traitement, mais il a eu plus de succès en donnant des lavements de moindre volume.

M. Looten conclut en affirmant l'action efficace de l'électricité au point de vue la constipation. Dans l'entéro-colite muco-membraneuse, le traitement par les eaux sulfureuses lui a toujours donné de bons résultats.

Le durillon forcé est-il un accident de travail ?

M. Butruille étudie, au point de vue médico-légal, les conséquences du durillon forcé comme accident de travail. D'accord avec sa précédente communication sur la hernie accident du travail, il n'admet pas cette identification, voyant dans le durillon forcé une affection professionnelle locale.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

La Commission administrative des hospices vient d'ouvrir, à l'hôpital de la Charité, un nouveau service de consultations gratuites pour les **maladies des enfants**. — C'est notre collaborateur, M. le docteur AUSSET, professeur agrégé, qui est chargé de ce service, lequel aura lieu tous les jours de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2.

Nous rappelons à cette occasion que des consultations gratuites viennent également d'être inaugurées à l'hôpital St-Sauveur par M. le docteur OUI, professeur agrégé, pour les femmes enceintes ; par M. le docteur GAUDIER, professeur agrégé, pour les maladies du nez, de la gorge, et des oreilles ; par M. le docteur CAUMARTIN, pour les maladies de la bouche et des dents.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs, la mort de M. le docteur WARTEL, de Lille, décédé à 45 ans. Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien vives condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

48e ET 49e SEMAINES, DU 25 NOVEMBRE AU 8 DÉCEMBRE 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	12
3 mois à un an	6	9
1 an à 2 ans	2	3
2 à 5 ans	5	3
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	5
20 à 40 ans	18	15
40 à 60 ans	21	14
60 à 80 ans	21	22
80 ans et au-dessus	1	9
Total	88	92

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	»	3	1	»	»	»	»	8	16	18
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	1	2	6	2	2	»	»	7	»	»	1	»	»	10	31	16
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	4	»	1	5	»	»	1	2	»	13	29	35
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	1	»	»	»	»	»	9	3	4	»	»	3	»	»	»	»	»	16	36	42
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	3	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	2	10	18
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	4	1	»	»	»	2	1	»	»	»	»	8	19	17
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	7	21
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	2	7	14
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	4	»	»	5	»	»	»	3	»	4	18	31
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	2	»	»	»	1	»	»	6	13
Total	»	»	1	»	»	»	1	10	31	9	17	»	1	30	2	1	3	6	»	68	180	230

N° 206. Quatrième Année. N° 51. Le Numéro : **10** centimes. 23 Décembre 1900.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

AVIS. — **Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1901, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté.**

Passé le 10 janvier, nous ferons présenter à domicile, par la poste, une quittance, représentant le montant de l'abonnement, majorée de 0 fr. 50 pour frais de recouvrement.

A NOS LECTEURS

Avec 1901, l'*Echo Médical du Nord* entrera dans sa cinquième année. La confiance bienveillante que témoigne à notre journal le corps médical de la région, la place enviable que lui réserve la presse médicale française et étrangère, en indiquant et analysant les articles de fond qu'il contient, nous convient à de nouvelles améliorations, pour continuer à mériter la faveur de nos confrères et anciens élèves, l'accueil particulièrement apprécié de la presse.

Depuis plusieurs semaines déjà — et des connaisseurs aussi bien que des praticiens honorables ont bien voulu nous en adresser leurs chaleureuses félicitations — nous avons inauguré la publication de la bibliographie des écrits médicaux français parus la semaine précédente en clinique, en thérapeutique, en anatomie pathologique et bactériologie. Dans ces colonnes, le chirurgien, l'accoucheur, le médecin et les spécialistes, trouvent la mention des travaux qui les intéressent et, à les reporter sur des fiches mobiles, la bibliographie d'une question peut être, sans perte de temps, par l'intermédiaire de cette partie de notre journal, tenue à jour d'une façon complète, en ce qui concerne les travaux français. Nos lecteurs habituels ne se sont pas trompés sur l'importance de cette mesure, qui est une innovation dans la presse médicale française. Nos lecteurs futurs peuvent être assurés du reste qu'une grande conscience et un choix judicieux, guidés par l'esprit d'impartialité, sont et seront apportées à la rédaction de cette bibliographie.

L'*Echo Médical du Nord* croit devoir faire mieux encore. Depuis trois mois, son Comité de rédaction étudie soigneusement le moyen d'augmenter l'attrait qu'inspire le sommaire varié du journal. Trop rarement, nous a-t-il été dit, au gré de quelques lecteurs, sont traitées dans nos colonnes des questions médicales dites de vulgarisation.

Eh bien, pour ceux-là, sans retrancher rien des travaux originaux, qui font la réputation et sont l'une des caractéristiques du journal, nous avons voulu ajouter à son intérêt. La résolution a été prise de faire paraître dans chaque numéro sans interruption et dès aujourd'hui, une *consultation* spécialement rédigée par nos collaborateurs, sur l'un des cas cliniques les plus usuels : cas médicaux, cas chirurgicaux, cas obstétricaux, cas cliniques des spécialités enseignées à la Faculté ou admises dans les hôpitaux de Lille, trouveront donc leur place dans l'*Echo Médical du Nord*, à raison d'une, parfois deux consultations par numéro, au hasard des cas ou sur la demande de nos lecteurs. La compétence des membres du comité de rédaction du journal et des autres collaborateurs, choisis parmi les anciens élèves de notre Faculté les plus distingués, qui ont bien voulu accepter la tâche de nous aider dans cette entreprise, permet de juger que nous n'avançons rien que nous devions tenir.

Partant de la clinique, nous comptons aboutir au traitement, en passant par la pathogénie ; ce ne sera donc pas de la pathologie, avec de la thérapeutique à la suite que nous servirons à nos lecteurs. Ce sera un cas clinique vécu, avec ses contingences habituelles; en un mot la vraie consultation.

Le diagnostic et la pathogénie seront forcément réduits à un minimum de détails; mais ces détails seront suffisants néanmoins pour caractériser de ses analogues cliniques le cas examiné et pour en faire ressortir le mécanisme qui a présidé à sa formation ou qui présidera à sa guérison spontanée, et d'où les indications pathogéniques seront déduites,

En ce qui concerne le traitement, le but réel d'une consultation, comme il doit découler de la conception pathogénique qu'on se fait du cas étudié, chaque signataire de la consultation indiquera sa manière de traiter et la raison de son choix dans la médication et les moyens proposés. Au lieu de dire majestueusement « je fais ceci », il dira « je le fais, parce que... ». Ainsi le lecteur comprend, apprend et retient mieux. Le contact entre l'auteur et le lecteur est plus intime, la leçon plus profitable; la vulgarisation est alors seulement réelle.

C'est de cette manière que nous comptons satisfaire, dans l'*Echo médical du Nord*, le désir de nos lecteurs de trouver des questions de vulgarisation, traduire sous une forme tangible et pratique ce que cette partie du journal a d'intéressant pour certains.

Cet effort des inspirateurs de l'*Echo médical du Nord* pour « toujours mieux faire » n'est pas le dernier.

LE COMITÉ DE RÉDACTION de l'*Echo médical du Nord*.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les tumeurs bénignes du voile du palais d'origine conjonctive

Par **L. Dubar**, Professeur de clinique chirurgicale,
et **G. Potel**, Chef de clinique.

Les tumeurs bénignes du voile du palais, bien que déjà notées par VELPEAU, VERNEUIL, etc., sont encore aujourd'hui peu connues. Les auteurs classiques les mentionnent à peine.

Seules, les tumeurs mixtes ont été étudiées jusqu'ici, grâce aux nombreuses discussions auxquelles leur origine a donné lieu, et il reste peu de chose à ajouter à la remarquable monographie que leur a consacrée M. BERGER (1).

Quant aux autres néoplasmes, leur histoire est éparpillée dans un nombre considérable de journaux et de revues, et par malheur, on n'a généralement pas un examen histologique sérieux qui permette de classer les observations d'une façon sérieuse.

En effet, dans les observations anciennes et même dans certains faits récents, l'examen n'a pas été fait, ou bien les auteurs se contentent d'une étiquette approximative.

Or, ici plus qu'ailleurs, la différenciation et la classification des tumeurs sont chose très délicate. Il faut en effet un examen attentif et approfondi pour affirmer qu'une tumeur est un fibrome pur et non un adénome dans lequel l'élément conjonctif a proliféré, étouffant plus ou moins complètement l'élément épithélial.

Cependant il est nécessaire d'esquisser un tableau d'ensemble afin de bien délimiter notre sujet. Cette classification est quelque peu arbitraire, nous n'en doutons pas, et l'on rencontrera nombre de faits qui rentreront difficilement dans un cadre plutôt que dans l'autre. Mais au moins faut-il tenter un classement qui nous permette de ne pas nous égarer.

(1) BERGER. — Tumeurs mixtes du voile du palais. *Revue de chirurgie*, 1897, p. 361 et sq.

Nous croyons que l'on peut ranger les tumeurs du voile du palais de la façon suivante :

A. — **Tumeurs épithéliales.** — Nous rangeons dans cette catégorie l'*épithéliome* d'origine *pavimenteuse* (LUSSAUD, VILLEQUEZ) et le *cylindrome* (PARSON, EISENMENGER). Ces tumeurs sont très différentes des épithéliomas glandulaires (tumeurs mixtes).

Leur évolution est très rapide, ne dure souvent que quelques mois, tandis que les tumeurs mixtes mettent parfois dix ans pour acquérir le volume d'un œuf de pigeon.

B. **Tumeurs mixtes.** — *Adénomes* développés aux dépens des glandules salivaires du voile du palais. Ces tumeurs contiennent deux éléments, l'un conjonctif pouvant évoluer vers le fibrome, le chondrome, le myxome... l'autre qui, pour BERGER, serait epithélial et aurait pour origine l'épithélium glandulaire, tandis que pour VOLKMANN il serait endothélial et proviendrait de la prolifération des endothéliums vasculaires.

C. **Tumeurs conjonctives.** — Ces néoplasmes peuvent être le reliquat d'un adénome dont la trame conjonctive a étouffé et atrophié l'élément glandulaire, ou bien être des tumeurs primitives développées dans le tissu conjonctif sous-muqueux.

(1) Une première classe comprend les tumeurs à type conjonctif embryonnaire :

Sarcome; soit à cellules embryonnaires, soit à cellules fusiformes (BERGER, ROUGHTON).

Sarcome, contenant des pigmentations mélaniques (*Sarcome mélanique* de MAUDE).

Sarcome à développement vasculaire exubérant (*Sarcome télangiectasique* de VOLKMANN).

(2) Dans la seconde nous rangerons les tumeurs à type conjonctif adulte et dans lesquelles on ne retrouve aucun élément glandulaire :

Fibromes,
Chondromes,
Lipomes,
Myxomes,
Papillomes (1).

(1) On peut discuter au point de vue anatomo-pathologique pur cette classification qui fait rentrer les papillomes parmi les tumeurs conjonctives. Histologiquement parlant les papillomes sont des tumeurs mixtes puisque la papille contient un élément conjonctif et un élément épithélial. Il n'en est pas moins vrai que classer les papillomes parmi les tumeurs mixtes créerait une déplorable confusion dans un sujet déjà suffisamment complexe. D'ailleurs, au point de vue clinique, les papillomes méritent plutôt d'être classés parmi les tumeurs conjonctives bénignes. Toutes les discussions qui ont eu lieu au sujet des papillomes n'auraient pour résultat ici que de mettre l'obscurité là où nous cherchons à apporter un peu de lumière.

Ces tumeurs sont pures ou plus souvent associées : *fibro-lompies, myxomes lipomateux*.

D. **Tumeurs liquides.** — Enfin nous rangerons dans un dernier groupe les tumeurs liquides que l'on a rencontrées au niveau du voile du palais :

Anévrysmes (Gross, Dubreuil).

Angiomes Keimer).

Hématomes (Law).

Kystes séreux ou muqueux (Fahmy) avec ou sans concrétions salivaires.

Kystes dermoïdes (Dubosc).

Kystes dentaires (Dupuytren).

Nous éliminons de celle classification les tumeurs inflammatoires dues à la *syphilis* (Fournier), la *tuberculose* (Hermantier, Meyer), *l'actinomycose*, tc.

Nous ne nous occuperons dans cette étude que des tumeurs conjonctives bénignes.

1° **Fibromes.** - Les fibromes du voile du palais sont très rares, d'autant plus rares que l'on soumet à une critique plus sévère les observations publiées sous ce titre.

C'est ainsi que Parmentier (1) considère comme des cas de fibromes les observations de Botot, Anselin, Varner,

Mais, dit Fano (2), il faut apporter plus de réserve dans l'interprétation de ces trois faits. Le fait de Varner est un exemple d'enchondrome. Dans le cas d'Anselin, il est dit que l'opérateur continua la dissection, jusqu'à ce qu'il fut sûr d'avoir emporté la tumeur avec *tout son kyste*, il s'agissait évidemment d'une tumeur mixte. Enfin l'observation de Botot est intitulée : « *Chancre à la voûte du palais qui a dégénéré en tumeur squirrheuse et cancéreuse* ». Il faut beaucoup de bonne volonté pour y voir un exemple de tumeur fibreuse.

La confusion vient souvent de ce que les auteurs considèrent comme *fibrome* une tumeur de *consistance fibreuse*. Or nous savons que certaines tumeurs mixtes peuvent présenter des portions fibreuses et même cartilagineuses sans pour cela cesser d'être en réalité des adénomes (3).

(1) Parmentier. — *Essai sur les tumeurs de la région palatine, Gaz. Méd.* Paris, 1856.

(2) Fano. — *Les tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais.* Thèse d'agrégation, Paris 1857.

(3) Certains auteurs : Adams, Bullen, Eve, Grant, Howard, Murchison, Smith et Fergusson ont publié des observations de tumeur de *consistance fibreuse*. Nous ne pouvons que les mentionner ici, ne sachant s'il s'agit réellement de *fibromes ou d'adénofibromes*.

L'observation de Sabatier relatée par Barrière (1) et par Ott (2) est un exemple très net de cette dernière catégorie de tumeurs.

Il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, chez qui s'était développée une volumineuse tumeur dans la moitié gauche du voile du palais. Il n'y avait pas de ganglions. La muqueuse était intacte.

La tumeur fut extirpée et examinée. Elle était enveloppée d'une coque fibreuse très nette, criant sous le scalpel. La tumeur était constituée par un tissu fibreux mêlé à de nombreuses fibres élastiques. En certains points mous, la tumeur était myxomateuse, « Çà et là se rencontrent, dit l'auteur, des vacuoles plus ou moins étendues, tapissées d'un épithélium pavimenteux. Ce sont évidemment des culs-de-sac glandulaires considérables, distendus... En somme, le tissu fibreux domine et la tumeur mérite bien le nom de fibrome ! »

Cette conclusion est un peu inattendue, et il est difficile d'accepter avec l'auteur, comme fibrome, une tumeur dans laquelle on trouve des culs-de-sac glandulaires distendus.

Cependant les fibromes du voile du palais existent. Nous avons eu récemment l'occasion d'en observer un cas intéressant, et l'examen microscopique très complet de M. le professeur agrégé Carrière ne laisse aucun doute sur la nature histologique de notre tumeur. Voici cette observation :

Mme X..., 38 ans, se présente à notre consultation pour une tumeur occupant une portion du voile du palais et de la voûte palatine. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels dignes d'être mentionnés.

Le début de l'affection remonte à une douzaine d'années. A cette époque la malade s'aperçut qu'elle présentait au niveau de la voûte palatine, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur du volume d'un pois. La tumeur progressa très lentement, par légères poussées jusqu'à acquérir son volume actuel, qui est celui d'une grosse châtaigne.

Les troubles fonctionnels n'ont apparu que depuis environ un an ; nasonnement de la voix, troubles de la déglutition. La gêne respiratoire est considérable, surtout dans le décubitus horizontal. Pendant le sommeil il se produit un ronflement très intense.

A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'une grosse châtaigne, occupant, comme le montre la figure ci-jointe, une partie de la voûte palatine et du voile du palais. La tumeur est légèrement bilobée. La limite de séparation des deux lobes correspondant à la ligne médiane. Le lobe droit est un peu plus gros que le gauche et arrive à toucher le bord alvéolo-dentaire.

La muqueuse est intacte, non ulcérée, de couleur

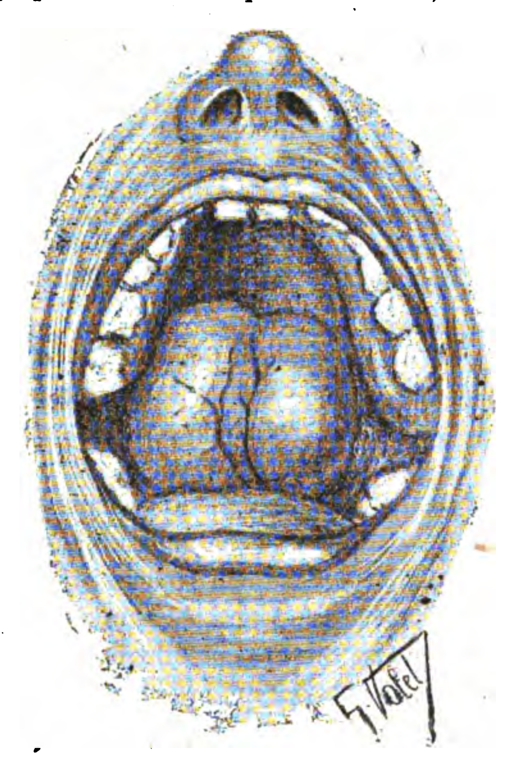
(1) Barrière. — Thèse Montpellier, 1878.

(2) Ott. — *Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais*, Thèse Paris, 1880, 26.

variant du rose au blanc jaunâtre, suivant que les points sont plus ou moins distendus et soulevés. Un lacis de vaisseaux bien apparents court à la surface de la tumeur.

L'isthme du gosier est très rétréci, et il faut déprimer fortement la base de la langue pour apercevoir la luette.

La palpation montre que la tumeur, absolument



indolore, présente une consistance très dure, uniforme. Il n'existe ni points ramollis ni points fluctuants. La distension de la muqueuse palatine est telle qu'il est impossible de se rendre compte si la tumeur est mobile ou adhérente aux plans profonds.

Opération. — La malade anesthésiée au chloroforme est placée dans la position de ROSER. On pratique une incision un peu plus grande que le diamètre de la tumeur. Les lèvres de l'incision une fois bien libérées, la dissection se poursuit rapidement, la tumeur n'étant reliée aux parties environnantes que par un tissu cellulaire très lâche mais assez vasculaire. L'énucléation se fait facilement et l'on amène la tumeur intacte.

On tamponne la plaie, et l'on place quelques catguts sur les vaisseaux les plus importants.

Les bords de la plaie s'accolant facilement, on ne place pas de points de suture.

Le lendemain une légère hémorragie se produisit qui nécessita la compression pendant plusieurs heures. Cette compression fut faite simplement avec un tampon monté sur une longue pince.

La guérison s'acheva d'ailleurs rapidement.

La malade a été opérée il y a un an. Elle n'a pas présenté de récidive.

La tumeur enlevée a été examinée par M. le professeur agrégé CARRIÈRE.

Voici le résultat de son examen microscopique.

La pièce examinée a été débitée en coupes minces et colorées par les méthodes suivantes : thionine, hématéine-éosine ; hématéine alcool picriqué ; cochenille alunée éosine ; cochenille alunée alcool picriqué ; bleu polychrome ; méthode de WEGERT, pour les fibres élastiques ; BIONDI.

I. A la périphérie, on trouve une capsule fibrillaire constituée de fibres cellules à noyau à peine apparent, tassées les unes contre les autres et ne présentant pas les réactions microchimiques des fibres élastiques. On y trouve quelques rares vaisseaux à parois propres.

En certains points, on retrouve à la périphérie la muqueuse méconnaissable. La membrane basale seule reste très apparente, imprégnée qu'elle est par l'acide picrique. Elle est saine. Au dessus d'elle on trouve des cellules aplaties, serrées les unes contre les autres, à noyau unique à peine coloré. Au milieu d'elles on voit des vaisseaux normaux autour desquels existe une couronne de cellules jeunes à noyau rond, bien coloré.

II. Au-dessous de la membrane basale ou de la capsule nous trouvons la tumeur qui nous présente à considérer deux zones concentriques : *a*, une zone périphérique mince ; *b*, une zone centrale.

La zone périphérique correspond à la partie proliférante, active de la tumeur. On y trouve des tourbillons plus ou moins sinueux de cellules dont voici les caractères : Elles sont fusiformes, allongées, mais sans anastomoses. Leur protoplasma transparent et homogène forme une couche appréciable autour du noyau. Celui-ci est ovoïde. Le réseau chromatique est vivement imprégné. On rencontre quelques figures mitosiques. Ces cellules sont tassées les unes sur les autres sans ciment inter-cellulaire.

On y voit des vaisseaux à parois propres. Certains d'entre eux sont intéressants à considérer en ce sens qu'ils semblent être le point de départ de couches concentriques de cellules ayant les caractères que nous venons de décrire. Il n'y a pas de fibres élastiques.

La zone centrale est constituée par des éléments cellulaires plus âgés. Ils forment ici encore des tourbillons coupés tantôt parallèlement, tantôt perpendiculairement à leur direction. Dans le premier, ces cellules apparaissent comme des fibres ondulées très déliées. Leurs extrémités sont des plus effilées. Leur protoplasma est peu abondant. En leur milieu, on trouve un noyau en bâtonnets dont le réseau chromatique s'est résolu en fins granules à peine imprégnés par les colorants nucléaires.

Dans les tourbillons coupés perpendiculairement à leur direction on ne voit que des noyaux arrondis à granules de chromatine peu colorés, entourés d'une mince auréole protoplasmique homogène.

On ne trouve pas de ciment inter-cellulaire.

Les vaisseaux sont peu nombreux ; ils ont une paroi propre. On ne trouve pas de fibres élastiques.

III. En s'enfonçant dans la profondeur on retrouve une zone de prolifération active et une capsule identique à celles déjà décrites. Au-dessous on trouve un muscle dont les fibres sont saines, mais qui est atteint de myosite interstitielle.

Ces caractères nous permettent de rejeter l'hypothèse d'une néoplasie épithéliale et de limiter le diagnostic entre le sarcome et le fibrome fasciculé. Nous rejettons l'hypothèse de sarcome fuso-cellulaire en nous basant sur les caractères mêmes des cellules *ondulées, à noyau peu coloré* et surtout en constatant la présence de *vaisseaux à paroi propre.*

Nous avons donc affaire à un fibrome fasciculé classique.

Nous reviendrons plus loin, à propos du diagnostic, sur certains points de notre observation qui méritent d'être plus particulièrement mis en relief.

— Nous nous bornerons à noter ici ce fait que les fibromes de la voûte palatine ne paraissent point régresser avec l'âge, comme les fibromes naso-pharyngiens.

2° **Chondromes.** – Les enchondromes du palais sont très rares, on ne connaît guère que les observations de Fox et de Varner, et encore, on ne sait s'il s'agit d'adéno-chondromes ou de véritables chondromes. Fox se borne à dire qu'il a observé un cas de production cartilagineuse sur la voûte palatine d'une demoiselle.

Varner est un peu plus explicite. Son malade était un homme de 30 ans qui portait, depuis 7 ans une tumeur du voile du palais. Cette tumeur finit par devenir si volumineuse qu'elle occupait tout le palais et empêchait la mastication. Elle parut à l'auteur « formée d'une substance cartilagineuse entremêlée de longues parties osseuses. »

Ces renseignements sont, comme on le voit, très incomplets et il ne faut accorder à ces observations qu'une valeur très relative.

Les cas d'adéno-chondromes sont plus fréquents et ont été mieux étudiés, on en trouvera les indications dans le travail de M. le professeur Berger.

Nous ne mentionnerons ici que pour mémoire la prétendue exostose médiane de Chassaignac. On sait que chez certains individus la suture médio-palatine fait une saillie assez considérable. Mais il s'agit là d'une légère malformation et non d'une production pathologique.

3° **Lipomes.** -- Les cas les plus connus de lipomes du voile du palais sont ceux de Richet, Cartaz (*in thèse de* Ott) et de Ollier (*thèse de* Labat).

Sur 32 cas de lipomes buccaux, Labat n'en cite qu'un, celui de Ollier, qui occupait la voûte palatine. L'évolution de ces lipomes, torpide au début, subit au bout d'un certain temps une poussée rapide ; en quatre ou cinq mois, ils arrivent à un volume tel que les troubles fonctionnels qu'ils provoquent (déglutition, phonation, respiration) sont considérables.

Ces tumeurs soulèvent la muqueuse, laissant voir par transparence leur contenu jaunâtre.

Le toucher n'est point douloureux. Leur consistance est molle, pâteuse, presque fluctuante. Quand la muqueuse n'est point trop distendue, on peut sentir la lobulation lipomateuse.

Les lipomes observés jusqu'ici étaient encapsulés et leur énucléation fut des plus faciles.

4° **Myxomes.** — Nous ne connaissons point d'observation de myxome du voile du palais qui ne contienne que des éléments conjonctifs.

Dans l'observation publiée par Thaon(1), sous le titre de *Myxome lipomateux du voile du palais*, et reproduite un peu partout, il s'agit simplement d'un adéno-myxome. L'auteur dit lui-même « que dans le stroma myxo-lipomateux courent de toutes parts les lobules des glandes salivaires palatines hypertrophiées bourrées d'épithélium ; cet épithélium sur beaucoup de points passe à l'état de dégénérescence muqueuse. Ces caractères suffisent à rayer cette observation du cadre des tumeurs conjonctives pour la ranger dans les tumeurs mixtes.

Le titre de « Polype muqueux du voile du palais » donné à l'observation de Méplain n'est pas plus heureux. Dans ce cas, il s'agissait d'une petite tumeur rose vif, molle, très vasculaire, donnant souvent lieu à des hémorragies abondantes. Pendant ces hémorragies et les heures qui suivaient, la tumeur devenait plus flasque... La tumeur excisée, vidée du sang qu'elle contenait, se trouva réduite à un très petit volume ayant l'aspect d'un mince fragment de muqueuse œdématiée....

Il est évident, bien que l'examen histologique n'ait pas été pratiqué, qu'il s'agit là d'un angiome, et non d'un « polype muqueux », autrement dit d'un myxome.

Nous avons rappelé ces deux observations surtout parce qu'elles montrent combien il faut se méfier des étiquettes mises rapidement sur les observations et combien tous les faits anciens ont besoin d'être minutieusement contrôlés pour être acceptés.

Papillomes.— On rencontre au niveau du voile du palais et plus particulièrement le long du bord posté-

(1) Thaon. Société Anatomique, 1872, p. 353.

rieur, sur la luette, des petites tumeurs papillomateuses qui dépassent rarement le volume d'une lentille.

Ces papillomes, bien décrits par VERNEUIL, ont été étudiés par un grand nombre d'auteurs et particulièrement par COURTADE (1).

Ils sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme; ce fait est probablement dû à ce que l'irritation pharyngée produite par l'alcool et le tabac se rencontrent plus chez le premier que chez la seconde.

COURTADE considère deux périodes dans l'évolution clinique de ces petites tumeurs. Dans une première période, elles passent complètement inaperçues et ce n'est que fortuitement, au cours d'un examen de la gorge que l'on découvre ces papillomes.

Mais bientôt, il arrive que le pédicule s'accroît. Le papillome vient chatouiller de ses papilles l'arrière-gorge ou la base de la langue et provoque une toux sèche, incessante, des déglutitions fréquentes, et même dans certains cas une sensation d'étranglement due à un léger spasme laryngo-pharyngé.

Si l'on examine alors le voile du palais du malade on trouve une petite tumeur, grosse comme une lentille, hérissée de papilles, tantôt pédiculée (et le pédicule peut avoir jusqu'à un centimètre) tantôt sessile. Dans un cas de POYET, ces papillomes étaient représentés uniquement par deux longs filaments de 15 millimètres de long, appendus de chaque côté de la luette. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait bien de papillomes, c'est-à-dire de tumeurs formées de deux parties : une portion centrale conjonctive, renfermant des vaisseaux souvent dilatés, et une portion périphérique, épidermique, formée de cellules dont la forme d'abord cubique, s'aplatit à mesure qu'elles atteignent la périphérie.

Pour WRIGHT il est nécessaire d'avoir constaté cette constitution anatomique pour affirmer qu'il s'agit bien de papillomes, car d'après lui on aurait confondu avec des papillomes véritables des végétations développées sur un sarcome ou un épithélioma. Certaines de ces végétations pourraient même être d'origine syphilitique ou tuberculeuse.

Le pronostic du papillome est bénin. Cependant un certain nombre d'auteurs ont vu ces tumeurs se transformer en néoplasmes malins. SIMPSON, ROE, GLASCOW, WAGNER ont observé des cas de papillomes transformés en épithéliomas ou en sarcomes.

COURTADE. — Des polypes papillomateux du voile du palais. Thèse Paris, 1885.

On devra donc toujours opérer les papillomes. Leur ablation est d'ailleurs d'une extrême facilité. Comme ils sont presque toujours pédiculés, un coup de ciseaux et une légère cautérisation du pédicule suffiront dans la grande majorité des cas.

Diagnostic clinique des tumeurs du voile du palais.

Est-il possible d'établir cliniquement un diagnostic parmi les nombreuses tumeurs qui peuvent siéger au niveau du voile du palais ? Si dans certains cas il est impossible d'affirmer la nature exacte de la tumeur, du moins nous croyons que le plus souvent on peut arriver à un grand degré de probabilité.

Tout d'abord nous devrons faire table rase des signes fonctionnels. Ces signes ne sont d'aucune utilité au point de vue du diagnostic. Toutes les tumeurs du voile du palais, dès qu'elles acquièrent un certain volume, produisent des troubles dans la déglutition, du nasonnement, de la difficulté pour respirer, etc. Il n'y a guère que les papillomes qui se distinguent des autres tumeurs en produisant, dans certains cas, des quintes de toux fréquentes

Mais les signes objectifs ont beaucoup plus de valeur et l'on devra noter soigneusement la durée de l'affection, la couleur de la tumeur, sa consistance, son siège, l'état de la muqueuse, etc., et l'on arrivera progressivement, par élimination, au diagnostic probable.

Supposons un malade présentant une tumeur du voile du palais.

Cette tumeur est-elle liquide ou solide ?

Deux écueils sont à éviter. C'est d'abord de prendre une tumeur solide pour une tumeur liquide.

Rappelons-nous que les lipomes buccaux sont particulièrement diffluents, que l'on peut percevoir une fausse fluctuation en les palpant, mais leur coloration jaunâtre, leur consistance lobulée empêcheront l'erreur.

C'est ensuite de prendre une tumeur liquide pour une tumeur solide. Les kystes où les collections liquides très tendues donnent une sorte de rénitence comparable à celles des tumeurs compactes. NATIER (1) a observé un cas curieux de ce genre. Il s'agissait d'une tumeur blanchâtre, grosse comme une cerise, très saillante, très tendue, indolore et de consistance

(1) NATIER. *Ann. de la Policlinique de Bordeaux*, janvier 1889.

assez dure occupant le pilier antérieur du voile du palais.

On diagnostique fibrome... Quelques jours après,la périphérie de la tumeur s'enflamme, et la poche qui contenait uniquement du pus s'ouvrait spontanément. Mais ces deux causes d'erreur évitées, on peut constater deux cas.

A. **La tumeur est liquide.** — *a*) Le contenu peut être du sang. Anévrysmes de la palatine postérieure, angiomes, hématomes.

Les anévrysmes se reconnaissent aux mouvements d'expansion isochrones au pouls. Les angiomes sont de petites tumeurs d'un rose vif, saignant facilement, donnant parfois des hémorragies sérieuses au moindre contact.

b) La poche contient du pus. Il s'agit généralement d'abcès tuberculeux, ossifluents ou non.

c) La poche contient de la sérosité ou une matière grasse mélicérique.

Dans le premier cas, on se trouve en présence ou de kystes salivaires ou de kystes dentaires ectopiés, dans le second, de kystes dermoïdes.

B. **La tumeur est solide.** — Nous éliminerons d'abord les calculs salivaires du voile du palais. On ne connaît guère que les cas de KRUGER et ANSELMIER. Encore sont-ils très peu probants (1).

Nous ne les mentionnerons que pour mémoire.

Voyons les diverses particularités qui peuvent se présenter :

a) L'affection date seulement de quelques jours et s'accompagne d'une vive réaction inflammatoire — gomme syphilitique.

b) Le début remonte à plusieurs semaines, la muqueuse est ulcérée, bourgeonnante, en chou-fleur, les ganglions sont indurés. — On se trouve en présence d'un épithélioma.

c) La tumeur est petite, pédiculée, hérissée de papilles, à peine grosse comme une lentille : Il s'agit d'un papillome.

d) La tumeur a le volume d'une châtaigne ou d'une noisette. Elle est franchement latérale, sous-muqueuse, son évolution est très lente.

A la palpation on constate une consistance irrégulière, certains points sont durs, fibreux, d'autres sont plus mous... Toutes les probabilités sont en faveur d'une tumeur mixte.

Le fait de l'origine latérale de la tumeur est important à noter car c'est, à peu près, le seul signe sur lequel on puisse s'appuyer pour distinguer les tumeurs mixtes des tumeurs conjonctives pures. En effet,si les tumeurs mixtes qui atteignent un développement énorme (DEFONTAINE a constaté un cas où la tumeur avait douze centimètres sur huit) occupent toute la voûte palatine, au moins n'en reste-t-il pas moins établi que le début est *latéral*. Ce fait s'explique puisqu'il n'existe point de glandes salivaires sur la ligne médiane, le long de la crête formée par la réunion des deux os palatins.A ce niveau la muqueuse adhère très intimement au périoste et oppose pendant un certain temps une barrière à l'extension de la tumeur mixte.

Les tumeurs conjonctives, au contraire, paraissent se développer plus volontiers au voisinage de la ligne médiane et arrivent à former comme dans notre cas une tumeur bilobée.

On voit donc que la clinique nous fournit assez d'éléments pour nous permettre d'arriver à un diagnostic probable.Ce diagnostic devra d'ailleurs toujours être soigneusement contrôlé par l'examen histologique si l'on veut que l'observation ait quelque valeur scientifique.

Le traitement des tumeurs que nous venons d'étudier, ne nous arrêtera pas longtemps.

Il faut intervenir aussitôt que l'on peut; ces tumeurs, bien que de nature bénigne, sont dangereuses ou le deviendront du fait des troubles fonctionnels et des accidents qu'elles produiront. Il faut donc les enlever.

L'ablation est grandement facilitée par l'existence de la capsule cellulaire lâche qui les entoure et l'énucléation s'accomplira facilement.

Le seul accident à craindre est l'hémorragie, soit immédiate, soit consécutive. Les opérés devront donc être surveillés soigneusement pendant quelques jours.

La réparation des tissus s'accomplit rapidement sans qu'il soit nécessaire de suturer les lèvres de la plaie.

La récidive n'est pas à craindre puisque ces tumeurs conjonctives sont essentiellement bénignes.

(1) ANSELMIER dit avoir observé deux cas de calcul salivaire palatin. Mais il n'a pas extirpé ces prétendus calculs, il les a détruits « *in loco* » par l'acide sulfurique. (?)

Consultations Médico-Chirurgicales

ANGINES DE POITRINE

I. — Angine de poitrine coronarienne

Informations cliniques. — Un aortique avéré ou méconnu, à l'occasion d'un effort, d'une marche rapide, d'une émotion, ou spontanément la nuit, éprouve subitement une douleur constrictive violente rétrosternale, localisée à cette région ou s'irradiant vers la région précordiale, le bras gauche, le cou : angoissé, éprouvant le sentiment d'un péril imminent, il s'arrête ou s'éveille, immobilisé par la douleur, ne tentant pas le moindre mouvement. Le paroxysme est passé en un temps variant de quelques secondes à quelques minutes. Tel est l'accès classique de l'angine de poitrine coronarienne.

Assistant à l'accès, vous ne trouvez pas de points douloureux à la pression, mais vous constatez une tension artérielle élevée ; de l'apnée, de la dyspnée instinctives accompagnent, mais pas fatalement, l'accès, qui, il ne faut point l'ignorer, peut se rencontrer incomplet, atténué ou fruste. Les accès sont, suivant les sujets, rares, se présentant à un ou plusieurs mois de distance, ou fréquents, quotidiens presque.

La mort peut survenir subitement et par syncope d'ordinaire au premier accès parfois, par asphyxie aiguë exceptionnellement, par asystolie lente quelquefois.

Indications pathogéniques. — « La cause anatomique de l'angine de poitrine est une lésion de l'aorte localisée vers les orifices des artères coronaires ou une lésion des coronaires avec ou sans aortite, ayant pour conséquences un rétrécissement de leur calibre, une diminution ou une oblitération de leur lumière ». (Huchard). Quand, dans un système circulatoire ainsi altéré, la tension artérielle générale augmente par tout acte nécessitant un effort, le cœur, à peine à la hauteur de sa tâche déjà, subit dans sa circulation propre le contre-coup de ce spasme artério-capillaire, et, ayant à fournir subitement un travail au-dessus de ses forces, comme un cheval fourbu, boite et souffre par instants. L'angine de poitrine est donc une « claudication intermittente douloureuse du cœur. »

Pour interrompre cette boiterie cardiaque au cours d'un accès, pour la prévenir lors d'accès subintrants, besoin est de baisser rapidement, sinon instantanément, la pression artérielle; dilater les vaisseaux, c'est en effet soulager le cœur en diminuant son travail et en assurant sa propre circulation. Cette indication : **baisser la tension**, est primordiale ; la douleur, cessant avec la boiterie, est reléguée au rang d'indication secondaire.

Pour prévenir l'apparition des accès, c'est encore l'hypertension artérielle imminente ou permanente qu'il faut viser, non plus de façon à l'abaisser subitement, mais de manière à l'incliner vers son chiffre normal (18° au sphygmomanomètre Potain, par exemple) et à l'y maintenir.

Traitement. — **A** Moyens de combattre l'accès (Traitement curatif).

a) L'accès est isolé, conforme au type décrit. — Le seul agent médicamenteux efficace, susceptible d'abaisser brusquement la tension artérielle, c'est le **nitrite d'amyle**. Lorsqu'il est employé fraîchement préparé, son action est surprenante ; du flacon compte-gouttes ou de l'ampoule qui le contient, il suffit de verser sur un mouchoir trois à six gouttes qui se volatilisent sur le champ ; inhalées, aspirées par le malade, les vapeurs amènent en quelques secondes une vive coloration du visage, du cou et de la poitrine. Cette vaso-dilatation évidente, se propage aussi aux organes profonds, au cœur en particulier, allant en décroissant de la tête aux extrémités. La tension artérielle se trouve ainsi quasi instantanément abaissée.

Aussi l'angoisse rétrosternale s'efface-t-elle rapidement, l'apnée ou la dyspnée cessent-elles comme par enchantement, le mieux-être reparaît. Lourdeur de tête, battements intracrâniens continuent, un quart d'heure jusqu'à une heure; mais, bien que la durée de l'action ne dépasse pas une demi-minute, la douleur atroce de l'accès a été suspendue ! **Il n'est aucun cas dans lequel on ne doive, immédiatement et d'abord, avoir recours au nitrite d'amyle.**

L'attitude prise proprio motu par le malade doit être respectée : les angineux préfèrent la station verticale. La plupart restent debout ou se mettent sur leur séant, penchés en avant ou en arrière, le tronc redressé. En vue d'accès nocturnes, il y a lieu de leur recommander de ne pas coucher la tête basse, car il est démontré que la position couchée et le sommeil augmentent la tension artérielle.

b) L'accès dure ou reprend, en dépit de l'inhalation amylique, parce que, malgré qu'il en ait fait antérieurement l'expérience, le malade a continué à avancer de quelque pas, ou parce qu'il s'agit de ces accès spontanés et nocturnes, qui ont une durée plus longue, ou encore parce qu'on assiste à un état de mal angineux à accès imbriqués ou subintrants.

Une ou deux nouvelles inhalations de nitrite d'amyle doivent être tentées. Mais en même temps, on fait prendre dans une infusion tiède aromatique trois à six gouttes de la solution alcoolique au centième de trinitrine, ou bien l'on pratique une injection de morphine de un à deux centigrammes, ou bien encore on injecte un demi-centimètre cube de la solution suivante de trinitrine dont on doit la formule à Huchard :

Solution alcoolique à 1/100 de trinitrine . . XL gouttes.
Eau de laurier cerise . . . . 10 grammes.

La seconde inhalation amylique pare immédiatement à la reprise de l'accès et permet d'attendre que la morphine ou la trinitrine aient produit leur effet vaso-dilatateur et calmant. La **trinitrine** ou nitroglycérine, agit en effet absolument comme le nitrite d'amyle, mais avec ces différences appréciables que l'action se maintient deux heures, survient au bout de cinq à dix minutes par ingestion, un peu plus tôt encore lors d'injection. L'opium, ou mieux la **morphine**, aboutit aussi au résultat cherché de dilater les vaisseaux sanguins, de diminuer les résistances périphériques et de favoriser le travail du cœur, d'une façon moins prononcée sans doute que les nitrites, mais réelle ; un quart d'heure environ est nécessaire pour que cet effet se fasse sentir. C'est donc continuer l'action du nitrite d'amyle que de donner trinitrine ou morphine, lorsque l'accès se prolonge ou se répète.

Ayez recours toujours à l'action combinée de la morphine et du nitrite d'amyle, excepté quand vous savez que le rein est scléreux, excepté aussi quand des accidents asphyxiques (cyanose) compliquent ou suivent l'accès.

Si la trinitrine est à votre portée, employez-la de préférence dans les accès en série, tout en n'ignorant pas qu'elle est parfois infidèle et que certains sujets en éprouvent une céphalée sus-orbitaire pulsatile très pénible ; d'abord en ingestion et à faible doses, ultérieurement, en injection hypodermique, chez les sujets qui en ont déjà usé, et quand l'indication existe de durée très prolongée de l'accès.

c) *Au cours de l'accès ou à la suite sont survenues des complications* : état syncopal, parésie cardiaque.

Les injections de **caféine**, d'**éther**, d'**huile camphrée** à 1 o/o, les frictions excitantes sur les membres, l'application du marteau de Mayor, sans préjudice de la continuation des inhalations amyliques et des injections de trinitrine seront mises en œuvre dans ces deux complications ; un moyen de les prévenir consistera à soumettre les malades au repos le plus absolu, sur un lit ou un fauteuil, presque sur leur séant ; on évite ainsi la subintrance et l'état syncopal et parétique qui l'accompagnent presque fatalement.

d) Comme *médications inutiles ou dangereuses*, dans le cours de l'accès, vous négligerez ou repousserez les toniques cardiaques, les inhalations de chloroforme, d'éther ou d'oxygène, l'ingestion de fragments de glace, l'application d'eau très chaude à 50° sur la région précordiale, l'immersion du bras gauche douloureux dans l'eau chaude, la faradisation cutanée ou l'application de courants continus sur les points douloureux, les injections hypodermiques d'antipyrine ou de cocaïne. Vaso-constricteurs et hypertenseurs, la digitaline, l'ergotine, la cocaïne, l'antipyrine ne doivent par suite, à aucun moment, être employés chez les angineux ; se fier à l'éther, au chloroforme, à l'électrisation, à l'oxygène, à la glace, à l'eau chaude, c'est risquer de n'apporter aucun soulagement réel durant l'accès.

B. Moyen de prévenir l'apparition des accès (Traitement préventif).

L'hypertension artérielle d'une part, l'aortite ou la sclérose d'autre part, commandent ce traitement préventif. Aussi, en principe, tout ce qui augmente la tension, tout ce qui rend plus accentué le travail du cœur devra-t-il être évité.

a) En vue, d'une part, d'obtenir des vaisseaux périphériques de l'aide pour faciliter au cœur sa tâche, le traitement par les **iodures** alcalins, qui prévient l'hypertension, doit être institué, dès le premier accès caractérisé. Dans une autre consultation les règles du traitement ioduré seront exposées.

b) Dans le but, d'autre part, d'éloigner les poussées d'aortite qui entraînent, par action de voisinage, la répétition des accès et accentuent à chaque poussée l'artériosclérose locale, il est d'usage d'appliquer des **révulsifs** (pointes de feu, petits vésicatoires, teinture d'iode, ventouses scarifiées) sur la paroi sternale médiane. Ces révulsifs réussissent bien parfois à calmer momentanément la barre qui pèse sur le haut de la poitrine, mais ils n'entravent nullement le processus intime et sourd qui préside à la formation des plaques de sclérose. La vasodilatation continue que produisent les iodures, lorsqu'elle n'est pas détruite par un régime alimentaire défectueux, fait plus et mieux contre l'aortite en évolution que les révulsifs sans le traitement ioduré.

c) En réalité, l'**hygiène alimentaire, morale, musculaire** doit faire tous les frais de ce traitement préventif :

Vie calme, éloignée de tout souci, tout travail pénible, toute émotion. Choix d'une habitation à l'abri du froid, de l'humidité et du vent. Eviter tout effort pour monter, marcher vite, contre le vent, après le repas ; ne pas néanmoins se priver de tout mouvement, crainte d'obésité ou de refroidissement des extrémités. Se faire une règle d'être tempérant dans le manger comme dans le boire : pas d'aliments excitants ou indigestes, pas de vins fins, d'alcool ou de café ; s'interdire sevèrement le tabac, et fuir les fumeurs. Chercher, le soir surtout, la modération à table.

Toute indigestion, moins même, tout trouble dyspeptique incline l'angineux à un nouvel accès ; la constipation de même. Veiller à assurer la liberté du ventre par des purgatifs huileux, détoxiniser l'économie par la diète lactée durant quelques repas, ce sera épargner au malade un ou plusieurs accès.

Du massage abdominal, de la gymnastique passive pour les obèses complèteront ce traitement préventif.

d) Considérer comme *inutiles ou dangereux* les extraits thyroïdiens, le bromure de potassium, les émissions sanguines, la belladone.

e) Parmi les *hypnotiques* dont l'angineux peut se servir en certaine occurrence, le chloral aux doses de 1 et 2 grammes est encore le meilleur ; la paraldéhyde, le sulfonal, l'uré-

thane ne sont guère recommandables. La chloroformisation, d'après HUCHARD, n'est pas plus à repousser chez l'angineux que chez tout autre cardiaque, avec les précautions d'usage toutefois.

II. — *Angine de poitrine toxique (tabagique)*

Informations cliniques. — Un fumeur endurci, qui a déjà observé sur lui des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de la céphalée, de la dypsnée asthmatiforme, qui souffre de vague cérébral, de troubles de la vue et a noté des intermittences du pouls, des lipothymies, éprouve tout à coup, spontanément ou à propos d'un léger effort, une légère angoisse précordiale, un peu de gêne sous-sternale avec sensation d'arrêt du cœur et de mort imminente ; de la pâleur de la face, du vertige, des sueurs froides, un pouls serré, du refroidissement des extrémités surviennent en même temps ; le tout dure une demi-heure et plus. C'est l'accès d'angine de poitrine à **forme vaso-motrice** que provoquent certaines intoxications, le tabac surtout.

Indications pathogéniques. — Les bases volatiles pyridiques qui résultent de la combustion du tabac, l'oxyde de carbone, l'acide cyanhydrique, sont des vaso-constricteurs ; sur un cœur sclérosé ou non, sur une circulation dont ils entretiennent l'augmentation de tension, ces poisons produisent aussi la « claudication intermittente douloureuse du cœur ».

Pour faire cesser l'accès, de même que dans l'angor pectoris vraie, il faudra vaincre le spasme artério-capillaire général, c'est-à-dire **baisser la pression artérielle,** surtout la pression intracardiaque, et la baisser rapidement, quasi instantanément.

De même, pour prévenir l'apparition ultérieure des accès, il conviendra de faire cesser l'intoxication d'abord, de ramener et de maintenir ensuite la tension artérielle à son chiffre normal.

Traitement. — L'*accès sera combattu*, comme dans le cas précédent, par le **nitrite d'amyle,** afin de délivrer, sur le champ mais momentanément, le malade de l'angoisse qui l'étreint ; la **trinitrine** en injections hypodermiques sera en même temps donnée, de façon à seconder, et remplacer même, à bref délai, le nitrite d'amyle dont l'action est fugace, l'accès durant ici une demi-heure environ.

Les *accès seront prévenus* par la suppression complète et définitive du tabac d'abord, en même temps et ensuite par l'**ioduration**, ou mieux, durant la quinzaine qui suit un accès et à intervalles bimensuels, par l'ingestion quotidienne de quatre à dix gouttes de la solution alcoolique au centième de **trinitrine**.

Les *prescriptions hygiéniques* relatives à l'alimentation devront, en raison de la dyspepsie tabagique si commune chez les fumeurs, être strictement observées pour que des toxines alimentaires vasomotrices ne se forment pas qui réveilleraient le spasme latent.

Tout le traitement tend donc à prévenir à jamais l'hypertension artérielle.

III. — *Pseudo-angines de poitrine (angines névrosiques)*

Informations cliniques. — Une hystérique, enfant, adulte, ou sur le point d'entrer dans la ménopause, dont les manifestations antérieures ou les stigmates sont connus ou accessibles, au milieu d'une conversation éprouve des frissonnements, des claquements de dents qui aboutissent à une douleur précordiale, quand celle-ci n'a pas paru d'emblée. Le cœur n'est pas senti comprimé, mais distendu et trop gros ; l'apnée ou la dyspnée instinctives se produisent, mais exagérées, au milieu de soupirs, d'efforts, d'agitation, de spasmes diaphragmatiques ; le siège de la douleur est précordial, non rétrosternal ; des irradiations se font au cou, aux bras, aux côtes, à tout un côté du corps ; le cœur palpite ; le pouls passe par des alternatives de distension et de contraction, il ne bat plus parfois de plusieurs secondes ; de la cyanose périphérique s'installe vite. Cet accès, déjà si différent des précédents, avec les deux caractères, névralgique ou vaso-moteur, qu'il revêt, dure plusieurs minutes ; mais il peut se répéter au bout de quelques minutes, suivant les cas, et se termine par de l'urine critique, des bâillements, une syncope. Ils sont, en outre, périodiques, nocturnes d'ordinaire, et ils reviennent à la même heure.

Périodiques, nocturnes, à répétition, survenant à la même heure, de longue durée (une ou plusieurs heures) sont aussi les accès que présentent les neurasthéniques, qui revêtent surtout la forme névralgique, surviennent spontanément, souvent précédés toutefois de douleurs permanentes précordiales.

Indications pathogéniques. — Il n'y a pas dans ces cas de lésion des artères coronaires, il n'y a pas non plus de claudication intermittente du cœur. Ces accès sont des manifestations douloureuses précordiales ; le système nerveux en est le primum movens, qu'il s'agisse d'une névralgie des nerfs cardiaques ou d'une névrose vasomotrice. Tout au plus faut-il voir de la péri-aortite avec hyperémie ou compression du plexus cardiaque, comme cause anatomique déterminant les accès.

La **douleur** doit donc être d'abord combattue ; **le spasme vaso-moteur,** quand le cas le comporte, **doit** aussi être visé. Comme les accès sont surtout nocturnes, ce sera encore les raccourcir que de faciliter le sommeil.

Traitement. — MOYEN DE COMBATTRE L'ACCÈS (Traitement curatif).

A. *Forme névralgique.* — La piqûre de **morphine** est un moyen excellent, pour les accès isolés ou en courte série ; mais la facilité avec laquelle les nerveux tombent dans le morphinisme, doit engager à la remplacer dès

les premiers signes d'accoutumance tels que la constipation. Les inhalations de **chloroforme**, cinq ou dix grammes par acte de l'accès, en bouffées, sont loin de donner le même calme au malade que la morphine, et pour leur administration nécessitent la présence du médecin ; employez-les toutefois, vous serez utile. N'accordez pas la même confiance à l'**éther**, trop vulgarisé et trop facile à se procurer pour ne pas craindre l'éthéromanie ultérieure.

b) *Forme voso-motrice*. — Le **nitrite d'amyle,** qui porte son action vaso-dilatatrice sur la face, le cou, les viscères profonds de la poitrine et de la tête, et dont l'action diminue sur les vaisseaux éloignés de la face, est utilisable pour vaincre instantanément la vaso-constriction de ces régions. Il sera donné comme dans les cas précédents, accompagné quand la crise dure ou qu'on la soupçonne de devoir durer, de l'injection ou de l'ingestion de **trinitrine.** Vous triompherez ainsi, mais vous risquez de déplacer le spasme ou la manifestation hystérique, il ne faut pas l'oublier.

c) *Indications communes aux deux formes*. — Le sommeil, survenant avant, en cours ou en fin d'accès, doit être recherché. Un lavement ou une potion de **chloral** (1 gr.), un cachet de **sulfonal** (1 gr.) ou de trional pris préventivement empêchent souvent l'accès, ou l'enraient.

d) *Moyens inutiles*. — L'antipyrine à la dose de deux et trois grammes en injections sous-cutanées ou par la voie stomacale, la phénacétine en cachets de 0 gr. 50 par trois fois dans la journée, le salicylate de soude par deux gr. pro die ne sont guère recommandables ; l'échec a toujours arrêté mes tentatives.

B. **Moyens de prévenir l'apparition des accès** (Traitement préventif). — Cette partie du traitement se retrouvera dans le traitement général de l'hystérie et de la neurasthénie, qu'une nouvelle consultation exposera tout au long et suivant le même plan.

Pr F. COMBEMALE.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Une Expérience intéressante.

Le Conseil municipal de la ville de Nicolaïew (Sud de la Russie), dans son règlement pour les cochers de fiacre a introduit cette nouvelle clause, à savoir, qu'il est défendu aux cochers de se servir du fouet, à titre d'essai pendant trois mois. La *Chronique médicale du gouvernement de Kharkoff*, qui rapporte ce fait divers (mai 1900), exprime l'espoir que si l'expérience réussit pour les chevaux, les pédagogues se décideront peut-être à abandonner le fouet dans l'éducation des enfants. (*Vratch*, n° 8, 1900.)

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours, est porté de 38 à 39. La nouvelle place sera comprise dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (physiologie) et réservée à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

M. le médecin inspecteur BOISSEAU, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, à Châlons-sur-Marne, est nommé médecin inspecteur général, en remplacement de M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, retraité.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons avec la plus vive émotion la mort de M. L.-F. SOLON, bibliothécaire en chef de l'Université, officier de l'Instruction publique, survenue aux suites d'une otite grippale, compliquée de phlébite des sinus. L'abord bienveillant avec lequel il accueillait chacun, professeur ou élève, avait valu à M. SOLON bien des sympathies, dont nous tenons à nous faire les interprètes dans l'*Echo Médical du Nord*.

Sa veuve et son fils voudront bien recevoir, au milieu de leur deuil, l'expression de nos bien sincères et très vives condoléances. *La Rédaction*.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. E.-L.-J. CARPENTIER, externe des hôpitaux, d'Onnaing (Nord) a soutenu avec succès, le mercredi 19 décembre, sa thèse de doctorat (6e série, n° 23), intitulée : **Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires chez l'enfant.**

— M. L.-V.-J. VALENTIN, de Roubaix (Nord), a soutenu avec succès, le samedi 22 décembre, sa thèse de doctorat (6e série, n° 24), intitulée : **Les gastropathies d'origine cardiaque.**

— Dans la liste des **prix** décernés par l'Académie de médecine dans sa séance solennelle du 18 décembre, nous relevons parmi les distinctions concernant notre région, l'encouragement de 1.500 francs échu à M. le docteur G. CARRIÈRE, professeur agrégé à la faculté de médecine de Lille, pour son travail *sur l'action des diastases et des ferments sur les produits tuberculeux*. Dans le service des *épidémies*, un rappel de médaille d'or est accordé à MM. les docteurs BLANQUINQUE, de Laon, MANOUVRIEZ, de Valenciennes, une médaille d'argent à M. le docteur LESTOCQUOY, d'Arras, un rappel de médaille d'argent à MM. les docteurs GOREZ, de Lille, LENOËL, d'Amiens, REUMAUX, de Dunkerque, une médaille de bronze à MM. les docteurs MOULONGUET, d'Amiens, SOCKEEL, de Douai, TIMAL, de Cambrai. Dans le service de l'*hygiène de l'enfance*, une médaille de bronze est accordée à M. le docteur MULLER,

de Saint-Quentin (Aisne). Dans le service de la *vaccine*, un rappel de médaille d'argent est accordé à M. le docteur Frémicourt, de Jaulgonne (Aisne).

Nous adressons à nos collaborateurs et confrères, dont la plupart sont nos abonnés, toutes nos félicitations pour les distinctions dont ils sont l'objet.

— Dans sa séance du 21 courant, le *Syndicat médical de Lille et de la région* a désigné ainsi qu'il suit son bureau pour 1901 : M. le docteur Cochez, président, MM. les docteurs Boutry, Lemière, Quint, Deléarde vice-présidents, M. le docteur Coorevits, secrétaire-général, M. le docteur Derode, trésorier.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Amiens. — M. le docteur Labarrière, suppléant, est chargé du cours d'anatomie durant l'année scolaire 1900-1901. — M. le docteur Decamps, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie médicale. pendant la durée du congé accordé à M. le docteur Trépan.

Marseille. — M. le docteur Oddo, suppléant, est chargé durant l'année scolaire 1900-1901 d'un cours de pathologie générale.

Tours. — M. le docteur Pasquier, suppléant, est chargé jusqu'au 30 octobre 1904, d'un cours de pharmacie et de matière médicale.

Nancy. — MM. les docteurs Spillmann et Gross, sont respectivement, après concours, nommés chefs de clinique médicale et chirurgicale.

Poitiers. — M. le docteur Chédevergne, professeur de clinique médicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de l'Ecole de médecine.

Caen. — M. le docteur Auvray, est nommé directeur.

Distinctions honorifiques.

Ont été nommés dans la **Légion d'honneur :**

Grand officier : M. le docteur Brouardel, doyen de la faculté de médecine de Paris. — *Commandeur* : M. le docteur Terrier, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Paris. — *Officier* : MM. les docteurs Armaingaud de Bordeaux ; M. Fortoul, médecin principal de la marine. — *Chevaliers* : MM. les docteurs Reygondard, médecin de la marine ; Depasse, médecin principal des colonies ; Houillon, médecin de 1re classe des colonies ; Bourges, Duflocq, Gauchas, Goubert, Janet, Larat, Leprince, Phisalix, Richard, Viau de Paris, Velde, de la légation d'Allemagne ; Nakagawa, de l'armée japonaise ; Renaut, professeur à la faculté de médecine de Lyon ; Coyne, professeur à la faculté de Bordeaux ; Auvray, directeur de l'école de médecine de Caen ; Henneguy, professeur au collège de France, Poix, médecin de la légation de France, à Bangkok.

A été nommé *Officier d'académie* : M. le docteur Levère, de Béziers, vice-président du Conseil d'hygiène de l'Hérault.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. Gérardot, Villemin, d'Epinal (Vosges), Lallemand, de Rouen (Seine-Inférieure).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

50e semaine, du 9 au 15 Décembre 1900.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	3	5
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	4	1
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	8	4
40 à 60 ans	8	7
60 à 80 ans	11	8
80 ans et au-dessus	4	3
Total	50	35

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	1	»	»	1	»	»	6	12	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	2	1	»	2	»	1	»	»	»	2	12	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	2	»	»	»	2	2	2	»	»	2	1	»	»	»	»	3	14	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	5	»	»	»	1	»	9	18	11
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	6
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	9	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	4	7
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	4	4
Total	»	»	»	»	3	»	»	4	16	5	5	1	»	17	1	1	1	2	»	29	85	118

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant. Th. CLERQUIN.

N° 207. Quatrième Année. N° 52 Le Numéro : **10** centimes. 30 Décembre 1900

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

Consultations Médico-Chirurgicales

LARYNGITE DIPHTÉRIQUE
(Croup diphtérique)

Deux cas peuvent se présenter : ou bien il s'agit d'un croup consécutif à une angine diphtérique, ou bien on a affaire à un croup d'emblée. Dans les deux cas, la thérapeutique est la même, la différence réside seule dans le traitement de l'angine, lorsqu'elle précède la laryngite.

Informations cliniques. — Un enfant, depuis un jour ou deux, tousse et a la voix voilée, éraillée, avec des tonalités différentes suivant les moments de la journée. Puis, cette raucité de la voix s'est très rapidement accrue; il est devenu aphone, en même temps que sa toux prenait un caractère tout spécial ressemblant un peu à l'aboiement d'un chien. Il existe une dyspnée très intense, du tirage sus- et sous-sternal. Le poumon est libre; la température est de 38°5; le pouls est à 130, assez mou. Les urines sont très rares, hautes en couleur, un peu albumineuses. L'état général est mauvais.

L'existence d'une épidémie de diphtérie, le contact certain de l'enfant avec un diphtérique, la présence de fausses membranes, déjà rejetées ou aperçues dans la gorge, des inductions concordant avec les informations cliniques forcent à porter, plus ou moins tôt, le diagnostic de laryngite diphtérique

Indications pathogéniques. — La diphtérie, quelle qu'en soit la localisation, est moins une infection qu'une intoxication, il ne faut pas perdre de vue ce point de doctrine : que l'atteinte soit grave ou légère, elle frappe l'organisme directement par ses toxines nécrosantes, déglobulisantes, indirectement par l'asphyxie mécanique; à l'instar de toute maladie aiguë, le retentissement sur l'état général est intense.

La diphtérie laryngée, d'autre part, a tendance à descendre vers l'arbre respiratoire. La dyspnée et le tirage enfin sont fonctions de l'accumulation des fausses membranes et du spasme que fait naître et entretient la muqueuse laryngée irritée.

Désintoxiquer le croupeux sera donc une indication primordiale. Pour retarder ou réduire au minimum l'imprégnation des tissus par la toxine diphtérique, ou pour en faciliter la sortie par toutes les voies, la plus grande hâte devra être déployée. Mais ce qui primera tout, ce sera l'introduction précoce et hâtive de l'antitoxine dans l'organisme.

Calmer la dyspnée et atténuer le tirage est une indication non moins importante ; en effet, avant que cette action de

l'antitoxine se fasse sentir, qui amènera le détachement et le rejet des fausses membranes, le spasme laryngé risque d'amener mécaniquement l'asphyxie ; aussi, les moyens capables d'atténuer la réaction spasmodique du larynx irrité sont de mise.

Reconstituer le malade, le soutenir dans la lutte, sera, durant l'évolution de l'infection et durant la convalescence, chose dont il conviendra de se préoccuper aussi.

Prévoir enfin les complications habituelles, les surprendre dès qu'elles surviennent, les combattre sans répit durant leur évolution, sont le fait d'un bon clinicien, mais conduisent à des indications spéciales que nous ne voulons pas toutes envisager dans cette consultation.

Traitement. — A. Traitement curatif.

L'**opportunité** dans l'emploi des moyens qui répondent à ces diverses indications est de la dernière évidence. Comme dans tout empoisonnement, il faudra donner le contre-poison d'abord, assurer en même temps le fonctionnement des systèmes indispensables à la vie compromis, éliminer le poison circulant par tous les émonctoires ensuite, réparer les pertes subies de par l'agression morbide enfin. C'est dans cet ordre que successivement toutes les indications découlant de la pathogénie doivent être remplies.

a) Donner le contre-poison d'abord. La première chose à faire, c'est d'injecter du **sérum anti-diphtérique**, dès que le diagnostic de diphtérie laryngée est défendable, même sans certitude. **Il ne faut pas, surtout, temporiser** et attendre le résultat de l'examen bactériologique, qui confirmera le diagnostic ou révèlera une association microbienne. Injectez d'abord, parce que le poison diphtérique continue à agir pendant que vous attendez, et aussi parce que les fausses membranes risquent de se propager au bronches et aux poumons. Injectez immédiatement vingt centimètres cubes de sérum. Cette dose suffira dans beaucoup de circonstances ; s'il était besoin ultérieurement de la renouveler, on injecterait seulement dix centimètres cubes à la fois. L'antisepsie la plus minutieuse doit présider à cette injection.

Il n'est pas besoin d'ajouter qu'une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique est d'une innocuité absolue, qu'à la subir, le petit malade risque au plus de l'urticaire dans la huitaine, au cas où le diagnostic de diphtérie ne se vérifierait pas, alors qu'il a suivi la partie fondamentale du traitement, s'il a vraiment la diphtérie.

b) Assurer le fonctionnement des systèmes indispensables à la vie. — La dyspnée et le tirage intense qui conduisent à l'asphyxie réclament impérieusement une intervention. Il convient néanmoins de s'**efforcer d'éviter l'intervention opératoire.** Quelque bénin en effet que soit un tubage bien pratiqué, il vaut toujours mieux ne l'accepter que lorsqu'on y est tout-à-fait forcé ; aussi s'adressera-t-on : 1° aux **calmants** qui font céder le spasme laryngé, aux liquéfiants qui facilitent l'élimination des fausses membranes, pour ne pratiquer 2° le **tubage** qu'en dernière ressource.

1° Parmi les calmants, la **codéine** donne d'excellents résultats ; ses propriétés d'émousser le réflexe bulbaire qui mène à la dyspnée sont utilisables dans ce cas. On en prescrira deux centigrammes à prendre dans les vingt-quatre heures, dans un looch blanc de quatre-vingt-dix grammes.

On pratiquera en outre dans la chambre de l'enfant, tout autour de lui, des **pulvérisations chaudes** d'eau boriquée à 2 % à l'aide de l'appareil de Lucas-Championnière ; ces pulvérisations seront faites d'une façon presque constante, une demi-heure par heure environ ; de cette façon on entretiendra autour du malade une atmosphère constamment humide qui empêchera la dessiccation des fausses membranes, aidera au contraire à leur liquéfaction et à leur expulsion. Il ne peut qu'être utile d'y joindre des **fumigations**, faites à l'aide de la mixture suivante :

Teinture d'eucalyptus.	ãã 30 gr.
Teinture de benjoin	
Eau distillée.	un litre,

que l'on laisse évaporer lentement sur une veilleuse dans la chambre de l'enfant, près de son lit. L'air de la pièce se trouve ainsi saturé de vapeurs antiseptiques balsamiques.

2° Malgré cette thérapeutique active, le *malade continue à avoir du tirage* et son asphyxie progresse ; il faut alors pratiquer le **tubage**. Cette opération doit être préférée à la trachéotomie, qui est toujours une intervention grave, exposant le petit malade aux infections secondaires les plus redoutables. [Nous supposons l'opération du tubage connue dans ses détails, et nous n'insistons pas.]

Une fois l'enfant tubé, quelles qu'aient été les péripéties de l'opération, il est indispensable de rester auprès de lui quelque temps, une demi-heure environ. En effet, le bourrage du tube, qui nécessite le détubage immédiat, est un accident qui se produit presque aussitôt le tube introduit.

Dès que le tube est mis en place, l'enfant est pris de quintes de toux ; il expulse des membranes et des mucosités; dans une quinte violente il peut rejeter son tube. En cette circonstance, il convient d'observer l'enfant avant de pratiquer la réintubation ; on voit, en effet, des cas où ce seul écouvillonnage suffit pour désencombrer le larynx et faire cesser le spasme. Si le tirage se reproduisait intense, il faudrait réintuber.

Il reste entendu que, pendant tout le temps où l'enfant restera tubé, on devra continuer les pulvérisations et les fumigations conseillées plus haut.

Pour décider le **moment du détubage**, on ne doit tenir compte que de l'évolution des phénomènes cliniques. Toutefois, au bout de quarante-huit heures, une tentative doit être faite pour priver l'enfant de son tube. Peut-être la réintubation sera-t-elle nécessaire, et alors on laissera encore à nouveau le tube en place pendant vingt-quatre heures. On

pourra ainsi à plusieurs reprises tenter l'extraction définitive, et on devra toujours ne réintuber, que si cela est nécessaire, c'est-à-dire si le tirage reparaît. Dans les cas du reste, où il se produit de ces spasmes secondaires, quelques inhalations de **chloroforme** seront très utiles pour les vaincre, sans recourir à une réintubation immédiate.

On ne doit pas oublier qu'il y a un réel danger à laisser le tube trop longtemps en contact avec la muqueuse du larynx malade ; on expose le malade aux ulcérations, complication des plus redoutables.

c) Eliminer le poison par tous les émonctoires. — Pour ce faire, tous les efforts devront être tentés dans le but de provoquer une **urination abondante** : il sera donné, matin et soir, un **bain chaud** à 37°, de dix minutes de durée, suivi d'un **enveloppement** dans une grande couverture de laine. Le bain incite à l'urination, et l'enveloppement consécutif à des sueurs abondantes, par où peuvent s'éliminer une certaine quantité de toxines. Le malade absorbera en outre des **boissons abondantes**, froides de préférence, du lait, des tisanes diurétiques ; l'on recommandera enfin à la famille de ne pas attendre que l'enfant demande à boire, mais, à chaque instant, de l'y solliciter.

c') Un obstacle à la détoxinisation rapide du malade existe lors de la présence de l'albumine dans l'urine ; aussi l'urine devra-t-elle être examinée tous les jours. Si l'albumine s'y rencontre en quantité notable, s'accompagnant d'oligurie ou d'anurie, *ouvrir l'émonctoire rénal* à demi fermé devient une indication accidentelle, qui appelle des moyens sérieux, en raison de l'urémie menaçante : des ventouses sèches sur la région lombaire seront appliquées ; on insistera toujours sur l'abondance des boissons ; on ajoutera, pour en doubler l'effet, des lavements, un matin et soir, avec un litre d'eau bouillie froide. On ne négligera pas de pratiquer, avec les meilleurs résultats du reste, des injections de **sérum artificiel** :

Chlorure de sodium. . . .	7 gr.
Sulfate de soude	10 gr.
Eau stérilisée	un litre

De cette solution stérilisée, on pourra faire dans les flancs quatre injections sous-cutanées par vingt-quatre heures, de cent centimètres cubes chacune, après l'avoir réchauffée au préalable à 37°.

d) Réparer les pertes subies, remonter l'état général. — Travailler à la reconstitution de l'organisme ne doit pas être remis à plus tard, d'autant que pendant la lutte l'aide et le soutien que peuvent donner certains médicaments-aliments, ne sont pas chose négligeable. Dès le premier jour, par conséquent, cette indication s'imposera, prédominante toutefois à mesure que la victoire s'affirmera. La potion de Todd (5 à 20 gr. d'eau-de-vie dans l'excipient ordinaire du Codex), plus habituellement quelques cuillerées à café de vin de Champagne dans de l'eau sucrée, sont d'ordinaire données aux croupeux ; leur efficacité se réduit à exciter momentanément un organisme déprimé par le poison, et cela a bien son importance. L'**alimentation** par le lait et, après s'être bien rendu compte que les urines ne contiennent pas d'albumine, — le cas contraire réclamerait la diète lactée absolue —, des potages légers, des œufs, de la purée de viande, doivent être de bonne heure donnés à l'enfant, qui trouvera là les matériaux de lutte et aussi de reconstitution. L'oxygène n'est pas moins utile ; aussi faut-il considérer comme essentiel de faire fréquemment aérer la chambre du malade.

Non moins sérieusement qu'à l'**aération**, il convient de veiller à la propreté minutieuse de la peau, et de surveiller attentivement les fonctions digestives. On n'hésitera pas à faire prendre, par exemple, s'il se manifeste le moindre symptôme d'infection gastro-intestinale, un paquet de :

Calomel.	ãã 20 centigrammes.
Scammonée.	

L'**hygiène** bien entendue, tant du malade que du milieu, répondra donc à cette indication, de réparer les pertes subies.

e) Prévoir les complications les plus habituelles. — Les infections secondaires, la broncho-pneumonie, par exemple, sont communes dans la diphtérie laryngée. Une antisepsie minutieuse de la bouche et du nez, tendra à la prévenir ; dans ce but, il sera pratiqué de **larges irrigations** de la cavité buccale, trois fois par jour, avec un litre d'une solution à 50 p. 1000 de liqueur de Labarraque, des pulvérisations ou des **instillations** dans les fosses nasales d'huile mentholée au 100me.

B. — Traitement préventif et prophylactique.

Chaque fois que la diphtérie est en jeu, quelle qu'en soit la localisation, les règles de prophylaxie doivent être appliquées avec une grande rigueur, le germe étant subtil, les occasions de contagion nombreuses.

On inoculera donc préventivement avec 5 centimètres cubes de **sérum antidiphtérique** tous les enfants de la même famille qui auront été ou pu être en contact avec le malade ; et cela en plus de l'isolement rigoureux à imposer. On prescrira, après guérison, la continuation des soins antiseptiques de la bouche et du nez, car le bacille diphtérique y reste souvent pendant très longtemps ; on fera prendre des bains, savonner les cheveux et le visage. On ne donnera la libre pratique enfin que lorsque tout bacille de Lœffler aura complètement disparu de la bouche.

Prs É. Ausset et F. Combemale.



SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Décembre 1900

Présidence de M. LOOTEN, président.

Présentation de pièces anatomo-pathologiques

I. **M. Le Fort** présente l'extrémité supérieure du fémur d'un vieillard avec lésions anatomiques d'une fracture intra-capsulaire, tandis que les symptômes cliniques étaient ceux d'une fracture extra-capsulaire (rotation en dedans, pas de raccourcissement, augmentation de volume du grand trochanter, du col fémoral, mobilité anormale, pas d'ecchymose).

M. Moty cite à propos du diagnostic différentiel des fractures intra-et extra capsulaires l'existence d'une mobilité longitudinale dans le cas de fracture intra-capsulaire.

Il fait remarquer toutefois que pour avoir l'existence de ce symptôme, il faut attendre la disparition de la contraction musculaire.

II. **M. Le Fort** présente aussi un appendice enlevé au cours d'une appendicectomie, et extirpé du milieu d'une gangue fibreuse par le procédé de PONCET (de Lyon). L'appendice rétro-cœcal était long et ne put être décortiqué complètement ; à la suite de tractions opérées sur sa base l'extrémité se rompit, resta dans la gangue de fausses membranes, malgré les recherches les plus attentives.

M. Moty fait remarquer que dans les appendicites anciennes, on trouve rarement l'appendice non englobé dans de fausses membranes. Il ajoute qu'en opérant il ne dilacère jamais la gangue autrement qu'avec les doigts, sectionne l'appendice au thermocautère après l'avoir contourné ou après avoir traversé son méso, l'extirpe ensuite par traction.

Il a opéré un cas dans lequel l'extrémité de l'appendice était adhérente près de l'arcade crurale et se rompit dans les mouvements d'extraction.

M. Moty fait remarquer qu'en pareil cas, il est prudent d'assurer le drainage de la plaie, car on n'est jamais certain de l'asepsie de la portion rompue.

Névrite sciatique spasmodique, compliquant une arthrite sèche de la hanche chez un vieillard. — Purpura à vastes ecchymoses sur le trajet du nerf. — Radiographie.

M. Ingelrans présente un homme de 63 ans, atteint d'un morbus coxæ senilis à gauche. Il existe en même temps des signes de névrite sciatique spasmodique. — La radiographie révèle un épaississement énorme de la jointure. Il y a lieu de croire que le nerf est comprimé ou enclavé, comme dans une pièce disséquée par QUÉNU. — On peut se demander si les symptômes de sciatique habituellement observés au cours de l'arthrite sèche de la hanche, ne sont pas l'expression d'un pareil état anatomique méconnu. — Le malade a présenté en outre de vastes ecchymoses dans le creux poplité et à la région externe de la jambe : ce sont des hémorrhagies névropathiques, analogue à celles qu'a décrites FAISANS. — Une attitude vicieuse et une scoliose homologue existent chez ce sujet : M. INGELRANS essaie d'établir la part respective de l'arthrite et de la sciatique dans leur pathogénie.

(sera publié).

M. Moty fait remarquer qu'il y a aussi quelques points douloureux sur le trajet du crural. Il ajoute que toujours la névrite d'un tronc nerveux dans un membre amène une névrite des autres troncs nerveux ; il cite à ce sujet l'exemple d'une blessure du radial ayant amené plus tard du refroidissement de toute la main, des troubles dans toute la région du radial, du cubital et du médian. Il explique ce phénomène par des anastomoses nerveuses mettant en relation les différents troncs du membre, et déclare que les systèmes nerveux terminaux des membres forment une espèce d'individualité sur laquelle se répartit la névrite.

M. Ingelrans fait remarquer que le mot névralgie sciatique n'est jamais exact, car dans cette affection les filets nerveux du plexus lombo-sacré sont également atteints. Cependant, la névralgie de ces filets ne pourrait s'expliquer chez ce malade, si la lésion de péri-arthrite cause chez lui la sciatique.

M. Moty voit aussi dans cette localisation de la névralgie aux autres nerfs la probabilité d'une localisation plus élevée, et croit que la lésion remonte jusqu'aux plexus.

M. Ingelrans élimine, après discussion, par suite de l'unilatéralité des lésions, la possibilité d'une lésion médullaire.

M. Combemale demande alors s'il ne serait pas possible au point de vue chirurgical de dégager le sciatique comprimé par le manchon ostéphytique, et de faire disparaître ainsi la douleur. Il ne croit pas toutefois qu'on puisse agir efficacement contre la lésion articulaire, qui récidiverait fatalement.

M. Lambret serait d'avis de dégager le tissu nerveux, de pratiquer ensuite l'élongation. Il fait remarquer que l'opération est des plus simples.

M. Moty fait remarquer que l'élongation agirait contre la névralgie, mais serait insuffisante contre la névrite. On pourrait avoir tout de suite une amélioration, mais plus tard la névrite réapparaîtrait avec tous ses symptômes.

M. Charmeil déclare, que malgré des signes de névrite, on obtient, en dégageant le tronc nerveux comprimé dans un cal exubérant, le retour complet à l'intégrité des fonctions du membre.

Dans le cas présent, puisqu'il y a compression, il y a indication à l'intervention chirurgicale. On soulage toujours un malade porteur d'une névrite par compression, en dégageant le tronc nerveux.

M. Moty fait remarquer que l'on n'a de bons résultats que chez des sujets indemnes de toute trace d'hystérie.

M. Le Fort fait intervenir, comme facteur déterminant, l'âge du malade, chez lequel, à cause de ses 63 ans, on a peu de chances de voir rétrocéder la lésion.

Il discute aussi le siège de la lésion et demande, puisque le crural et le sciatique sont douloureux, si la lésion ne pourrait siéger au niveau du plexus lombaire et sacré.

M. **Ingelrans** répond qu'on constaterait alors des signes douloureux et parétiques différents ; en outre, la lésion devrait avoir une étendue considérable, pour comprimer ces deux plexus. Le plexus lombaire ne doit pas être atteint.

M. Combemale ne le croit pas, non plus, car les douleurs du sciatique et du crural ne sont pas contemporaines ; de plus les phénomènes douloureux sont très variables, prédominant toujours dans le domaine du sciatique, paraissant rarement au côté du crural ; en raison même de ces oscillations dans l'expression symptomatique, il a été impossible de dresser la topographie des zones anesthésiques, comme l'a dit M. INGELRANS.

M. Lambret ne croit pas que l'on puisse espérer des résultats aussi merveilleux que ceux qu'annonce CHIPAULT, en pratiquant l'élongation d'un nerf. Dans tous les cas de maux perforants, d'ulcères de jambes traités par l'élongation, la guérison n'a pas été constante.

M. LE FORT soumet, à ce propos, l'observation d'un malade qui, ayant deux maux perforants plantaires, subit par deux fois l'élongation de son tibial postérieur sans voir rétrocéder la lésion.

Sur la fréquence des fractures chez les crétins et les idiots

M. Vanverts, à propos de l'étude expérimentale

qu'il a faite sur l'action de la thyroïdine dans les fractures, s'est adressé à quelques directeurs d'asiles et obtenu d'eux trente-cinq lettres qu'il lit, avec celles de chirurgiens tels que ROUX (de Lausanne), REVERDIN (de Genève), etc., d'où il conclut que l'on note rarement des fractures chez les idiots et les crétins.

M. Oui fait remarquer que les fractures chez les idiots et les crétins sont plus rares parce qu'ils sont moins exposés de par leur état mental et physique aux causes des fractures. De plus les lettres de M. VANVERTS sont toutes des médecins d'asiles de crétins et d'idiots où les causes sont réduites au minimum par suite de l'hospitalisation.

M. Vanverts répond que son enquête prouve seulement que la fréquence des fractures chez les idiots et crétins n'est pas réelle, mais simplement hypothétique.

M. Looten cite, à propos du traitement des fractures par la thyroïdine, un cas de retard de consolidation de fracture du col du fémur chez une femme de 88 ans, guérie en quinze jours avec le traitement par la thyroïdine. Il est probable que, chez elle, le corps thyroïde sclérosé ne sécrétait plus suffisamment.

Intoxication par les sels de zinc

M. Combemale lit, au nom de MM. LESCŒUR et VERMERSCH, une note sur l'intoxication par les sels de zinc.

P. V.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Au concours d'Agrégation, l'épreuve consistant en une leçon de trois-quarts d'heure après trois heures de préparation, a commencé mercredi 29 courant. Les questions suivantes ont été traitées :

Mercredi 19 décembre. — *Névralgie faciale*, par MM. de GRANDMAISON (Paris) et VEDEL (Montpellier).

Jeudi 20 décembre. — *Les pleurésies enkystées*, par MM. AVIRAGNET (Paris) et GARNIER (Nancy).

Vendredi 21 décembre. — *Anatomie pathologique et symptomatologie du ramollissement cérébral*, par MM. PATOIR (Lille) et GASTOU (Paris).

Samedi 22 décembre. — *Méningite tuberculeuse de l'adulte*, par MM. SPILLMANN (Nancy) et CARNOT (Paris).

Lundi 24 décembre. — *Adénopathie trachéo-bronchique*, par MM. PIERRY (Lyon) et CAVASSE (Paris).

Mercredi 26 décembre. — *Obstruction intestinale*, par MM. SERGENT (Paris) et TERRIEN (Paris).

Jeudi 27 décembre. — *Insuffisance tricuspidienne*, par MM. AUCLAIR (Paris) et BERNARD (Paris).

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans sa séance du 19 de ce mois, le Conseil de l'Université a décidé que les **Vacances du Nouvel An** dans les Facultés auraient lieu cette année, du dimanche 30 décembre au dimanche 6 janvier.

— **Une consultation gratuite pour les maladies de la bouche et des dents** a été autorisée par la Commission administrative des Hospices de Lille et confiée à M. le docteur BIGOTTE ; ces consultations ont lieu à la Charité les mercredis et samedis, à huit heures et demie.

— C'est avec la plus vive satisfaction que l'*Echo médical du Nord* enregistre la nomination de M. VANRYCKE comme bibliothécaire en chef de l'Université de Lille. M. VANRYCKE est trop des nôtres pour que nous ne nous réjouissions pas de le voir, jeune encore, élevé à ce poste de confiance. Sa compétence et son zèle, appréciés déjà par tous ceux qui lui demandaient aide et conseil, ont reçu leur récompense de ses supérieurs directs.

Nous nous félicitons à la Faculté de médecine de l'heureux choix qui a été fait du successeur de M. SOLON.

Que le nouveau bibliothécaire en chef reçoive les sincères et chaleureux compliments de la rédaction de l'*Echo médical du Nord* et de ses lecteurs.

— **L'Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des hôpitaux de Lille** a tenu sa réunion annuelle, le dimanche 23 décembre, à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Sauveur, sous la présidence de M. LOOTEN.

Le bureau pour l'année 1901 est ainsi constitué : Président : M. DUBAR ; Vice-Présidents : MM. BOURDON (de Boursies) ; GAUDIER H. (de Lille) ; Trésorier : LEGRAND (de La Bassée) ; Secrétaire Général : POTEL ; Secrétaire Adjoint : DRUCBERT ; Membre : LOOTEN.

Les jurys pour les concours des prix de l'Externat de 1901 sont ainsi composés :

Concours de médecine : MM. CARON, GALLOIS, MASSON, juges ; M. DEFAUX, suppléant.

Concours de chirurgie : MM. GAUDIER H., LEGRAND O. POTEL, juges ; M. CAUMARTIN, suppléant.

L'Assemblée a émis le vœu que l'Administration des Hospices accorde aux lauréats de ses concours le titre d'interne lauréat des hôpitaux de Lille et une médaille. Le bureau a été également chargé de demander à l'Administration l'autorisation pour les internes de troisième année de passer leur thèse, tout en restant en fonctions, à la condition qu'ils s'engagent à ne pas faire de clientèle.

Après l'Assemblée, le banquet traditionnel a retenu 35 sociétaires au restaurant DIVOIR.

La réunion a été aussi joyeuse que les années précédentes. Le doyen de promotion (1867) était le docteur BOUTRY (de Lille).

Après le toast du président LOOTEN, les chansons ont commencé. Anciens et jeunes ont rivalisé de verve et de gaieté. A citer particulièrement le président LOOTEN, DELÉARDE, TREMBLIN, avec son poème épique sur *Le Cœur*, redemandé chaque année ; LAMBRET, avec *La chevelure à travers les âges* ; GÉRARD, avec le *Guillotinéréjoui* ; PAINBLAN, avec ses *Fantaisies mythologiques*, etc., etc. Le drapeau des jeunes était tenu de main ferme par DRUCBERT avec ses poèmes inédits : *Le Banquet de 1899* et la *Coprostase ;* et DORION : *Les Internes de Saint-Sauveur*.

A cinq heures, l'heure du départ a sonné pour les associés du dehors, et la réunion a pris fin, trop tôt au gré de tous.

Nécrologie

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs NIMIER, médecin de l'hôpital Saint-Jacques, à Paris ; BERNE, professeur de pathologie externe à la Faculté de Lyon ; ROBERT, député de Sisteron (Basses-Alpes).

ALAZARD, étudiant en médecine à Paris.

GODRON, pharmacien à Lille ; ROUMIEUX et MOREL, pharmaciens à Marseille.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

N.-B. — Par erreur, les numéros 163 et 164 (25 février et 4 mars) ont la même pagination ; pour les matières paginées de 85 à 96, le lecteur voudra bien chercher successivement dans l'un et l'autre numéro; ces matières sont du reste précédées d'un *astérique*.



Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Le gérant. Th. CLERQ

